

PLAN DE CALIDAD TOTAL DEL INSALUD

- **Objetivos de Calidad Total Corporativos.**
- **Objetivos de Calidad Total de Centros.**
- **Impacto de Objetivos de Calidad en el Modelo de Excelencia.**

El Plan de Calidad Total del INSALUD, a través de una serie de objetivos, fija las directrices generales con objeto de que todos los servicios que se ofertan a los ciudadanos tengan unos estándares de calidad homogéneos, y que son unos criterios corporativos mínimos a desarrollar por todos los proveedores INSALUD.

Se presentan en este Plan:

1º Los objetivos de calidad total corporativos. Se enumeran en este apartado una serie de objetivos generales y específicos, donde se hace una exposición de cada uno de ellos.

2º Los objetivos de calidad total de centro. Se enumeran, asimismo, una serie de objetivos generales y específicos con una aclaración a los mismos. Basándose en estas directrices generales cada centro deberá adecuar y desarrollar su Plan de Calidad según sus propias características.

3º Un apartado de cómo impactan estos objetivos de calidad en los distintos criterios del modelo de Excelencia. Los criterios que hacen referencia a un "Agente Facilitador" tratan sobre lo que la organización hace. Los criterios que hacen referencia a "Resultados", tratan sobre lo que la organización logra. En cada criterio se enuncia una definición del mismo que explica su significado en el ámbito global, los objetivos del Plan que impactan en cada Agente o Resultado y una explicación sucinta del criterio.

**- OBJETIVOS DE CALIDAD TOTAL
CORPORATIVOS**

El INSALUD es una institución orientada a los ciudadanos que asegura sus derechos a la protección y mejora de su salud mediante la mejora continua, eficiencia y capacidad innovadora en la gestión y prestación de los servicios sanitarios.

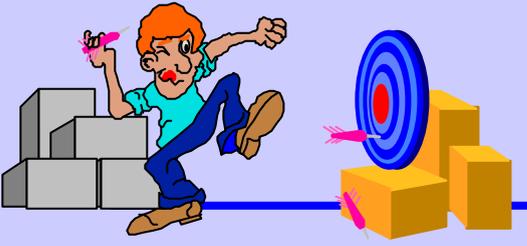
Como entidad corporativa gestora del sistema sanitario tiene varias responsabilidades en términos de calidad:

1. **Garantizar los derechos a la asistencia sanitaria de los ciudadanos y a la mejora de su salud.**
2. **Garantizar el nivel de calidad y eficiencia en las prestaciones**
3. **Promocionar y asegurar proyectos de mejora continua en sus componentes administrativo y sanitario.**
4. **Implicar y motivar a los profesionales.**
1. **Mejorar el grado de satisfacción de los ciudadanos.**



PLAN DE CALIDAD INSALUD: objetivos generales

- Garantizar los derechos de los ciudadanos
- Garantizar el nivel de calidad en las prestaciones
- Promocionar la mejora del dispositivo sanitario
- Implicar y motivar a los profesionales
- Mejorar el grado de satisfacción de los ciudadanos



16

Para conseguir estos objetivos generales se señalan unos objetivos específicos (cuadro).

OBJETIVOS DE CALIDAD TOTAL CORPORATIVOS

OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECIFICOS
1. Garantizar los derechos a la asistencia sanitaria de los ciudadanos y a la mejora de su salud.	<ul style="list-style-type: none"> a) Disponer de la Carta de Servicios b) Disponer de criterios y estándares relacionados con la organización, gestión y provisión de servicios y prestaciones. c) Disponer de un sistema para evaluar el cumplimiento de los criterios y estándares del propio sistema o con los que se contrate la asistencia. d) Disponer de una red de Oficinas de Atención al Ciudadano
2. Garantizar el nivel de calidad y eficiencia en las prestaciones	<ul style="list-style-type: none"> a) Potenciar el Plan anual de objetivos de Calidad, articulados en Contratos de Gestión b) Asegurar la coordinación entre niveles asistenciales c) Incentivar cumplimiento objetivos de calidad d) Rediseñar y agilizar el sistema administrativo y de acceso a las prestaciones. e) Promover la utilización adecuada de los recursos
3. Promocionar y asegurar proyectos de mejora continua en sus componentes administrativo y sanitario.	<ul style="list-style-type: none"> a) Instituir la Agencia de Calidad de INSALUD b) Establecer los Premios INSALUD de Calidad c) Elaborar el Benchmarking de Calidad del INSALUD d) Hacer seguimiento del Plan de Calidad de Centros.
4. Implicar y motivar a los profesionales	<ul style="list-style-type: none"> a) Promover la formación en calidad. b) Plan de comunicación interno en calidad.
5. Mejorar el grado de satisfacción de los ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> a) Plan de comunicación dirigido a los ciudadanos b) Evaluar el grado de satisfacción de los ciudadanos

1.- GARANTIZAR LOS DERECHOS A LA ASISTENCIA SANITARIA DE LOS CIUDADANOS Y A LA MEJORA DE SU SALUD.

La responsabilidad en el aseguramiento público, tiene su origen en los derechos y deberes de los ciudadanos reconocidos en nuestro ordenamiento jurídico, y las necesidades y expectativas de estos ciudadanos. Para llevar a cabo esta función, el INSALUD definirá los criterios y estándares que deben cumplir la oferta de servicios del Sistema en función de las necesidades y demandas de los ciudadanos, y verificar el cumplimiento de dichos criterios por las organizaciones de provisión de estos servicios.

Los **objetivos** específicos a desarrollar son los siguientes:



PLAN DE CALIDAD INSALUD

- Garantizar los derechos de los ciudadanos
- Mejorar los niveles de funcionamiento administrativo
- Promocionar la mejora del dispositivo sanitario
- Mejorar el grado de satisfacción de los ciudadanos

CARTA de SERVICIOS

ESTANDARES: GESTIÓN, ORGANIZACIÓN, PROVISION de ASISTENCIA, PRESTACIONES y SERVICIOS

EVALUACION del CUMPLIMIENTO de OBJETIVOS

OFICINAS DE ATENCION AL CIUDADANO (puntos azules)

17

a) Disponer de la Carta de Servicios.

El Acuerdo de la Subcomisión Parlamentaria de Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, en su punto de “Garantizar las prestaciones sanitarias”, incorpora los derechos de los ciudadanos, reconocidos en la Ley General de Sanidad y *“estima que deben elaborarse y ponerse a disposición de los ciudadanos unas Cartas de Servicios sanitarios. Estas Cartas deberán precisar cuales son las prestaciones a que tiene derecho el usuario y qué mecanismos pueden arbitrarse para exigirlos. Y los usuarios deberán participar en la confección de las Cartas, a fin de desarrollar su propio papel en la selección de los servicios”*.

El R.D. 1259 / 1999, de 16 de julio, regula las cartas de servicios en la Administración General del Estado, sus Organismos Autónomos y las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social.

La Carta de Servicios es un documento escrito que informa a los ciudadanos sobre los servicios que tiene encomendados y acerca de los compromisos de calidad en su prestación, así como los derechos de los ciudadanos y usuarios en relación con estos servicios.

El contenido de la Carta de Servicios, que se expresará de forma clara, sencilla y comprensible para los ciudadanos, se distribuirá en los siguientes apartados:

1. De carácter general y legal:

- Datos identificativos y fines del organismo prestador del servicio.
- Servicios que presta.
- Derechos concretos de los ciudadanos y usuarios en relación con los servicios.
- Forma de colaboración o participación de los ciudadanos en la mejora de los servicios.
- Relación actualizada de la normativa reguladora de cada una de las prestaciones y servicios.
- Disponibilidad y acceso al libro de quejas y sugerencias, y formas de presentación, plazos de contestación y efectos de las mismas.

2. De compromisos de calidad:

- Niveles de calidad que se ofrecen, y, en todo caso:
 - plazos previstos para la tramitación de los procedimientos y / o prestación de servicios,
 - mecanismos de comunicación e información ya sean generales o personalizados,
 - horarios y lugares de atención al público.

- Indicadores que faciliten el acceso al servicio y mejoren las condiciones de la prestación.
- Sistemas de aseguramiento de la calidad, de protección del medio ambiente o de seguridad e higiene que, en su caso, existan.
- Indicadores para la evaluación de la calidad.

3. De carácter complementario:

- Las direcciones postales, telefónicas y telemáticas de todas las unidades donde se prestan cada uno de los servicios, indicando claramente la forma de acceso y, en su caso, los medios de transporte.
- Dirección postal, telefónica y telemática de la unidad responsable de la carta de servicios.
- Otros datos de interés sobre los servicios prestados.

b) Disponer de criterios y estándares relacionados con la organización, gestión y provisión de los servicios de asistencia.

El INSALUD especifica el nivel de calidad requerido a su estructura organizativa y de Centros, mediante la elaboración de los criterios y estándares en los siguientes ámbitos:

- Garantías en el acceso a la asistencia y prestaciones.
- Garantías estructurales, tecnológicas y de gestión en que se desarrolla la asistencia.
- Criterios sobre el proceso y resultados en la asistencia sanitaria
- Eficiencia de los servicios y administrativa.
- Comunicación de los estándares.
- Revisión de los estándares con carácter anual.
- Adecuación de los recursos a las necesidades de salud territorial teniendo en cuenta a otras instituciones sanitarias

c) Disponer de un sistema para evaluar el cumplimiento de los criterios y estándares por el sistema y organizaciones sanitarias dependientes del INSALUD o con los que se contrate la asistencia.

El INSALUD evalúa el grado de cumplimiento de sus objetivos e indicadores como instrumento de las garantías y niveles de su compromiso de calidad:

- Establecimiento de un procedimiento de autoevaluación y evaluación externa para verificar el nivel de cumplimiento de criterios y estándares.
- Elaborar un informe anual del resultado de las evaluaciones para tener la información necesaria para la adopción de iniciativas de mejora, así como para informar a los ciudadanos sobre los niveles de calidad ofrecidos y facilitarles el ejercicio efectivo de sus derechos.

d) Disponer de una red de Oficinas de Atención al Ciudadano (Puntos Azules).

El INSALUD, como Administración Pública sirve a los intereses generales y actúa de acuerdo con los principios de eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación. Para ello pretende diseñar procedimientos administrativos modernos, en los que prevalece la eficacia sobre el formalismo, con un sistema de “ventanilla única” y alta resolución (reducción de plazos y facultades resolutorias), como garantía de aseguramiento público, con el objeto de garantizar, facilitar, informar y orientar en el acceso, derechos y tramitación administrativa en su relación con el sistema sanitario.

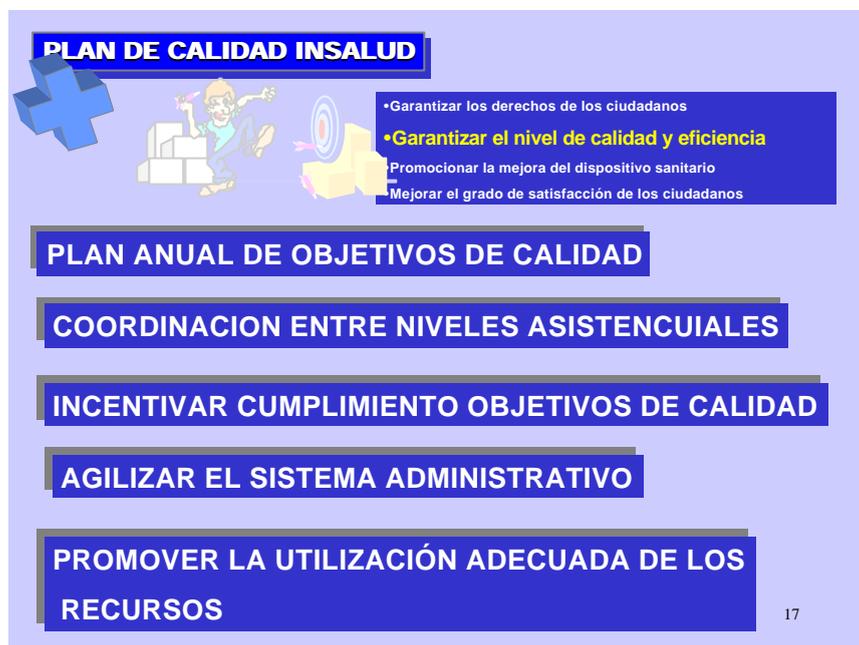
Las funciones a realizar, de modo general, deben cubrir todas las cuestiones que requieran los ciudadanos relacionadas con su cobertura sanitaria y con el acceso a los servicios de salud y que sean de índole administrativo, precisando para su resolución de información y 7 o determinados tramites.

En consecuencia, las funciones que realizan deben realizarse bajo las siguientes premisas:

- Efectividad, obtenga respuesta a la practica totalidad de las cuestiones que plantee.
- Diligencia, la respuesta se obtenga de forma inmediata en la mayoría de cuestiones.
- Fiabilidad, las soluciones deben ser certeras en la practica totalidad de casos.
- Homogeneidad, las soluciones deben realizarse en tiempo, fondo y forma de manera idéntica en todos y cada uno de los puntos.
- Coordinación e integración en la toma de decisiones.

2. - GARANTIZAR EL NIVEL DE CALIDAD Y EFICIENCIA EN LAS PRESTACIONES

El INSALUD, gestor de recursos sanitarios públicos, tiene el compromiso de alcanzar niveles de excelencia como Servicio de Salud y liderar un proceso dinámico de mejora continua en su estructura de provisión. Por todo ello plantea una serie de objetivos que pretenden marcar una dirección y un marco de actuación en términos de calidad, para su red asistencial.



a) Potenciar el Plan anual de objetivos de calidad, articulados en el Contrato de Gestión.

El INSALUD tiene la responsabilidad de garantizar la calidad de los servicios que se prestan en sus diferentes dimensiones. Los objetivos de calidad para los centros se desarrollarán mediante programas, estándares e indicadores pactados en los Contratos de Gestión y adaptados a las capacidades del centro y necesidades de la población.

b) Asegurar la coordinación entre niveles asistenciales.

El INSALUD llevará a cabo acciones para garantizar la completa coordinación entre niveles asistenciales a fin de que haya, primero, una participación efectiva de los profesionales de los distintos niveles en la elaboración de protocolos de actuación, seguimiento, y, segundo, el usuario perciba un seguimiento global de su proceso. Así mismo establecerá acuerdos con otras entidades para llevar a cabo una atención sanitaria integral de los usuarios que las precisen.

c) Incentivar cumplimiento objetivos de calidad.

El INSALUD incentiva el cumplimiento de objetivos de calidad a través del Contrato de Gestión donde estarán contemplados:

a) Incentivos para promocionar y potenciar la calidad

b) No incentivos cuando aparezcan determinadas situaciones que el INSALUD asuma que han de desaparecer.

d) Rediseñar y agilizar el sistema administrativo y de acceso a las prestaciones.

El concepto de calidad está relacionado con la naturaleza y cualidades de los bienes y servicios que se ofrecen. El objetivo de la calidad total es descomponer todo el proceso en un conjunto de elementos y analizar el valor añadido por cada uno de estos elementos, eliminando aquellos elementos que no aporten valor.

La modernización de los sistemas de información y las nuevas tecnologías permiten la racionalización y agilización de los procedimientos administrativos y de gestión para prestar un servicio efectivo a los ciudadanos al disminuir los tiempos de espera, trámites administrativos.

Implica desarrollar en las unidades administrativas nuevas técnicas de organización y nuevos sistemas de información y control interno.

e) Promover la utilización adecuada de los recursos.

El crecimiento exponencial de la innovación de la tecnología médica (tecnología diagnóstica, terapéutica y tratamiento farmacológico), con la inversión de recursos que conlleva, obligan al INSALUD a establecer cauces formales de cooperación con Agencias de Evaluación de Tecnología y favorecer la difusión de los resultados de sus estudios a los centros.

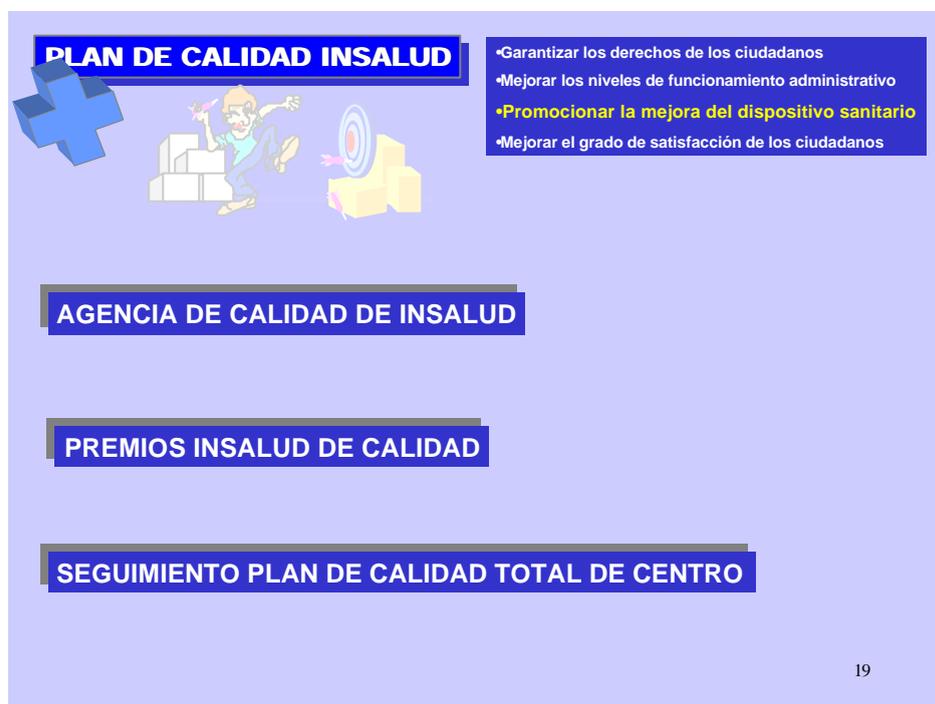
3. - PROMOCIONAR Y ASEGURAR PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA EN SUS COMPONENTES ADMINISTRATIVO Y SANITARIO

La política de calidad del INSALUD es un aspecto estratégico más de la política sanitaria en la gestión de los recursos sanitarios, para su correcto diseño requiere de un acertado diagnóstico de situación y un desarrollo metodológico con criterios modernos y dinámicos; por ello, es importante el asesoramiento técnico en la innovación, para diseñar políticas eficaces.

La calidad es un proceso dinámico que requiere de un impulso sostenido, incentivos para su consecución y un sistema de evaluación objetivo que posibilite la gestión de la calidad definida y la mejora continua.

El responsable de la calidad es el Centro y sus profesionales. El INSALUD propugna la autonomía de gestión de los centros pero tiene la responsabilidad de garantizar la eficiencia global de los servicios que se prestan y su evolución hacia la excelencia. Sin ánimo de interferir en la gestión interna de la calidad total del centro, debe promover el proceso global e identificar los puntos de referencia para la dirección del proceso.

Como tiene un doble papel de evaluador y evaluado, requiere diseñar un sistema con un cierto margen de independencia, para garantizar la objetividad y no caer en la autocomplacencia engañosa, ni hipotecarla con la financiación.



a) Instituir la Agencia de Calidad del INSALUD.

Es una Unidad con dependencia del Presidente Ejecutivo, formada por expertos en calidad y profesionales interdisciplinarios, que se encarga de prestar:

- Asesoramiento para la planificación, seguimiento, desarrollo y evaluación de los programas y planes de calidad total para prestaciones, servicios y centros.
- Evaluación de los criterios y estándares relacionados con la estructura, organización, gestión y provisión, mediante auditorías internas y externas.
- Evaluación de calidad en prestaciones, servicios, centros y satisfacción de usuarios.
- Elaboración del informe anual de calidad, resultados de evaluación y listados de excelencia.
- Asesoramiento, formación y comunicación (revista - boletín de calidad).

b) Establecer los Premios INSALUD de Calidad.

Con objeto de reconocer y valorar de manera apropiada a aquellos centros que demuestran un alto nivel de compromiso con la Calidad Total, el INSALUD, a través de la Agencia de Calidad, crea el Premio a la Excelencia para los centros del INSALUD.

El Premio a la excelencia nace dentro del Plan de Calidad Total del Insalud con el objeto de impulsar la mejora continua, y tiene la finalidad de premiar y distinguir a los centros por sus actuaciones en la implantación, desarrollo y mejora de la Gestión de la Calidad Total en los centros del Insalud.

El Premio a la excelencia debe representar para el centro participante:

- Una herramienta de evaluación en su camino hacia la Calidad a través de la medida de todas las acciones llevadas a cabo en materia de Calidad, ajustando la situación real de cara a los objetivos, prioridades y metas establecidos.
- La promoción hacia la Calidad mediante la puesta en evidencia de la ejemplaridad de su progreso en la materia, la motivación intrínseca que produce en la organización a través del reconocimiento del INSALUD.

El Premio a la Excelencia debe constituir una verdadera guía de progreso, la cual ofrece a los centros la posibilidad de identificar con precisión los puntos fuertes y los puntos débiles de su andadura hacia la Calidad Total.

c) Elaborar el benchmarking de calidad de los Centros

Anualmente, a través de la memoria que establezca la Agencia de Calidad, se dará a conocer el progreso de los centros en la Gestión de la Calidad Total.

Para ello, los Centros remitirán a la Agencia, documento de su evaluación del centro, memoria justificativa, así como el Plan de Calidad Total y relación de los procedimientos que lo cumplan.

La Agencia de Calidad, analizará toda la documentación aportada por los centros, podrá realizar una visita a los centros con objeto de efectuar un estudio in situ y presentará los resultados de la evaluación de los centros

d) Hacer seguimiento del Plan de Calidad de cada Centro

El fomento y seguimiento del Plan de Calidad Total de cada Centro lo realiza la Agencia de Calidad del INSALUD, haciendo labores de consultoría al ayudar y asesorar en la puesta en marcha de los Planes de calidad, evaluadora al hacer el seguimiento metodológico de los Planes y auditora de los centros bien directamente o por métodos de autoevaluación.

4.- IMPLICAR Y MOTIVAR A LOS PROFESIONALES.



a) Promover la formación en Calidad

La Gestión de la Calidad Total, necesita como pieza básica para el cambio de cultura de la organización el desarrollo de numerosas acciones formativas dirigidas a:

- Los componentes de los equipos directivos.
- Los profesionales que van a servir como facilitadores en las actividades de mejora.
- Todo el personal de la organización.

Para poder llevar a cabo de una manera efectiva y eficiente este objetivo, el INSALUD desarrollará dentro del Plan de Formación existente una serie de acciones dirigidas a:

- Formación de los equipos directivos en la importancia de disponer de un sistema para gestionar la mejora de su organización.
- Formación de profesionales en los métodos básicos de resolución de problemas y mejora de procesos, con la finalidad de disponer de personal adecuado que pueda servir de facilitadores en las iniciativas de mejora.
- Elaboración de una Guía de Formación en el ámbito del centro con la finalidad de:
 - Sensibilizar al personal sobre la importancia de la mejora de sus actividades.
 - Dotar de conocimientos suficientes para la estandarización (protocolos, procedimientos, etc.) de los procesos en que participa.
 - Sensibilizar a los profesionales sobre la importancia de medir la calidad de lo que realizan.
 - Conocimientos para llevar a cabo actividades de auditoría clínica para la mejora de sus procesos.

Los métodos a utilizar para realizar las anteriores acciones, estarán adaptados al objetivo que se desea cumplir en la acción formativa y dependiendo del grupo de profesionales a los que va dirigido. Para ello el INSALUD realizará entre otras:

- ✓ Seminarios y Jornadas dirigidos a los equipos directivos.
- ✓ Formación de formadores.
- ✓ Materiales de formación dirigidos a profesionales que van servir como facilitadores y el resto del personal.
- ✓ Casos sobre buenas prácticas.
- ✓ Materiales sobre autoevaluación.

b) Plan de comunicación interno en Calidad

La comunicación interna en calidad dirigida a los profesionales de la organización debe servir para transmitirles la preocupación del INSALUD por incrementar la calidad de los servicios sanitarios, centrando la mejora en ofrecer y prestar una oferta de servicios ajustadas a las necesidades de los usuarios.

Como acciones singulares se pueden diferenciar las siguientes:

- Difusión de los criterios y estándares a cumplir por las organizaciones sanitarias para asegurar la calidad de los servicios
- Difusión de iniciativas de mejora.
- Difusión de los galardones o premios que se establezcan para reconocer los esfuerzos en la mejora de la calidad.
- Elaboración de una guía para que los centros sanitarios elaboren su Plan de Comunicación interna y externa y dirigido a las siguientes acciones en particular:
 - Comunicación interna para implicar al personal en el logro de sus objetivos.
 - Comunicación interna para mejorar la coordinación entre servicios y centros.
 - Importancia de la autoevaluación.
 - Difusión de las iniciativas de mejora.
 - Comunicación interna de las cartas de centro.

5.- MEJORAR EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS CIUDADANOS



b) Plan de Comunicación dirigido a ciudadanos.

Las acciones a realizar para promover la **comunicación** en calidad han de dirigirse, además de la ya mencionada a los profesionales de la organización, a dos tipos de audiencias diferenciadas:

- Población general.
- Medios de comunicación.

La aprobación del Plan de Calidad Total debe servir para transmitir a los ciudadanos y medios, la preocupación del INSALUD por el incremento de la calidad de los servicios sanitarios, centrandolo en ofrecer y prestar una oferta de servicios, ajustadas a las necesidades y preferencias de los ciudadanos. Asimismo, ha de servir para que haya una utilización adecuada de los servicios y prestaciones.

Como acciones singulares podemos diferenciar las siguientes:

- Difusión de la Carta de Derechos de los Pacientes.
- Difusión de los criterios y estándares a cumplir por las organizaciones sanitarias para asegurar la calidad de los servicios.
- El papel de las Oficinas de Atención del Ciudadano (puntos azules) en garantizar los derechos y acceso a las prestaciones del INSALUD.
- Difusión a la población de las diversas ofertas de servicios y cual debería ser el uso más apropiado.
- Difusión de iniciativas de mejora.
- Difusión de los galardones o premios que se establezcan para reconocer los esfuerzos en la mejora de la calidad.

El plan de comunicación dirigido a los ciudadanos ha de servir, además, para que aumente el grado de conocimiento que los ciudadanos tienen del INSALUD y de los servicios que presta.

d) Evaluar el grado de satisfacción de los ciudadanos

Conocer las expectativas del ciudadano e incorporálas a la oferta de servicios es la manera de conseguir que los usuarios queden realmente satisfechos. De hecho, conocer las esperanzas que el usuario tiene y superarlas garantiza una satisfacción plena.

Para ello, el INSALUD evaluará los logros que está alcanzando la organización, a través de:

- medidas de percepción, como son las encuestas, felicitaciones, reclamaciones, y así obtener la percepción que tienen los ciudadanos de la organización.
- indicadores de rendimiento, es decir, medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento, así como para anticipar la percepción de sus usuarios.

Estas medidas van a permitir conocer las áreas de mejora y poder actuar sobre ellas.

**- OBJETIVOS DE CALIDAD TOTAL
DE CENTRO**

Los centros sanitarios dependientes del INSALUD son instituciones orientadas a prestar servicios sanitarios a los ciudadanos. Estos servicios han de ser realizados con la máxima calidad posible, a través de la mejora continua de todas las actividades que lleven a cabo.

Los centros como instituciones proveedoras de servicios sanitarios tienen la responsabilidad de proporcionar una asistencia de la máxima calidad, a tiempo, para todos y adecuada a las necesidades y expectativas de la población y su entorno. Para ello, los centros elaborarán un plan de calidad total que partiendo de un análisis y diagnóstico de situación específico, desarrolle y planifique en el tiempo, las herramientas y los planes de acción necesarios para garantizar una evaluación sistemática y una mejora continua de toda la organización.

Se establecen los siguientes objetivos generales:

- 1º Implementar los objetivos corporativos.**
- 2º Impulsar la mejora continua en busca de la excelencia.**
- 3º Fomentar la implicación, motivación y mejora de la satisfacción de los profesionales.**
- 4º Utilizar adecuadamente los recursos.**
- 5º Diseñar un sistemas de información integrado.**
- 6º Mejorar la satisfacción de los usuarios del centro.**
- 7º Proceso de evaluación.**

Para conseguir estos objetivos generales se señalan unos objetivos específicos (cuadro).

OBJETIVOS DE CALIDAD TOTAL DE CENTRO

OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECIFICOS
1. Implementar los objetivos corporativos.	a) Cumplir el contrato de gestión. b) Elaborar la cartera de servicios.
2. Impulsar la mejora continua en busca de la excelencia.	a) Implantar el ciclo de mejora continua. b) Plan de formación específica. c) Implantar la gestión de las actividades basadas en la calidad (ABQ). d) Formar grupos de trabajo de mejora continua. a) Autoevaluación.
3. Fomentar la implicación, motivación y mejora de la satisfacción de los profesionales.	a) Aumentar el reconocimiento de los profesionales. b) Plan de formación continuada. c) Plan de comunicación interna.
4. Utilizar adecuadamente los recursos.	a) Utilizar adecuadamente los recursos de tecnología médica.
5. Diseñar un sistema de información integrado.	a) Diseñar un sistema de información integrado
6. Mejorar la satisfacción de los usuarios del centro.	a) Mejorar la información de los usuarios. b) Conocer la opinión de los usuarios.
7. Proceso de evaluación.	a) Evaluación.

1.- IMPLEMENTAR LOS OBJETIVOS CORPORATIVOS.

Los Centros, como instituciones dependientes y financiadas por el INSALUD, tienen que incluir en sus objetivos las directrices que en política de calidad marca el Plan Estratégico del INSALUD.

a) Cumplir el Contrato de Gestión.

El Contrato de Gestión de 1999 introduce una serie de requerimientos ligados a diferentes atributos que sobre la calidad del servicio asistencial deben ser cumplidos por el centro.

Las prioridades institucionales que destacan por su impacto en el plan de calidad son:

- Orientar los servicios a los ciudadanos
- Mejorar la calidad y la eficiencia de los procesos asistenciales
- Implicar a los profesionales en la gestión.
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica.

Estas prioridades, unidas a las de actividad, accesibilidad y financiación, constituyen la base de los objetivos institucionales.

Los centros tienen la responsabilidad de desarrollar las herramientas de gestión y evaluación necesarias para cumplir estos objetivos, que garanticen el nivel de asistencia definido en el ámbito corporativo.

El contrato de gestión constituye en sí mismo una poderosa herramienta de gestión que obliga a:

- Definir responsabilidades.
- Definir objetivos de calidad y eficiencia basados en el análisis comparativo de resultados.
- Seguimiento de la financiación.
- Evaluación sistemática y periódica de resultados.
- Desarrollar y validar los sistemas de información.
- Desarrollar la incentivación ligada a resultados.
- Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales.
- Establecer circuitos de comunicación fluidos, rápidos y bidireccionales, entre el equipo directivo y los profesionales.

La evaluación del cumplimiento de los objetivos institucionales en las unidades asistenciales y no asistenciales, en las comisiones clínicas, en los grupos de trabajo, y en las comisiones de participación y representación del centro, contribuyen al cambio cultural necesario para establecer una visión global de la organización, basada en la responsabilidad y la participación.

b)) Elaborar la Cartera de Servicios.

El centro elaborará la cartera de servicios como documento público en el que el centro se compromete a prestar unos servicios con unas características prefijadas.

Los principios a tener en cuenta en la elaboración de la cartera de servicios serán:

- información detallada sobre los servicios a prestar,
- asegurar que los servicios sean accesibles y coordinados con otros niveles de asistencia para que proporcionen un mejor servicio,
- establecimiento de los estándares de los servicios siendo conocidos por los usuarios,
- consultar e implicar a los ciudadanos usuarios utilizando sus sugerencias y recomendaciones para mejorar los servicios y facilitar un procedimiento de reclamaciones accesible,
- garantizar el principio de equidad a todos los ciudadanos respetando su privacidad y dignidad.

2.- IMPULSAR LA MEJORA CONTINUA EN BUSCA DE LA EXCELENCIA

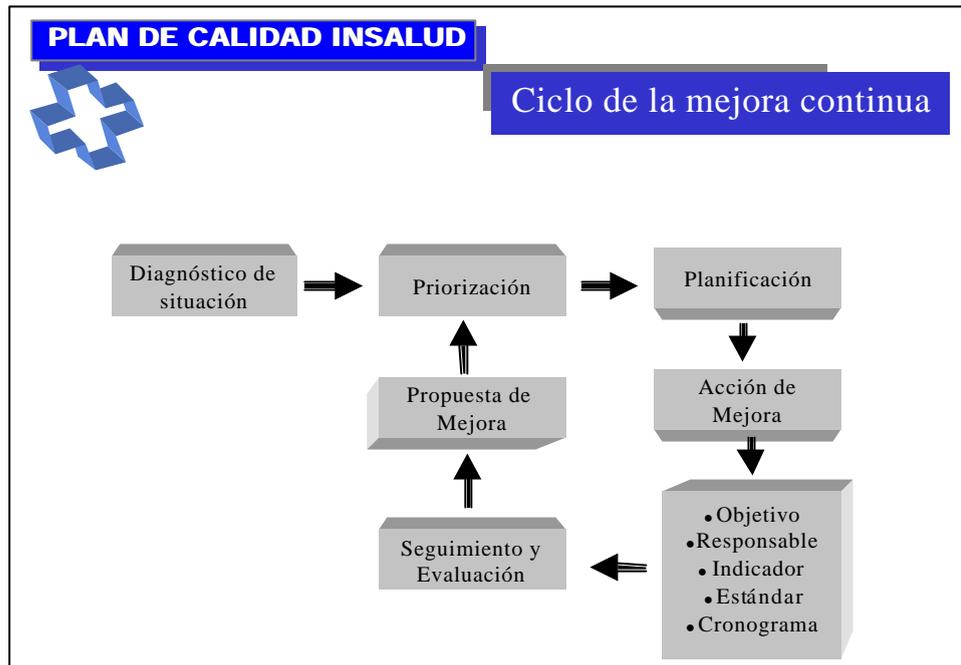
El centro tiene que tener una visión del modelo de referencia para la calidad a la que quiere aproximarse.

El plan de calidad del centro debe proporcionar el método y la sistemática necesarias para desarrollar la evaluación y mejora continua de los procesos y los resultados de toda la organización.

Este objetivo constituye el soporte teórico y metodológico para la elaboración e implantación de muchas de las acciones operativas contenidas en el plan de calidad.

Contiene los siguientes objetivos específicos:

a) Implantar el ciclo de la mejora continua de la calidad, como método de trabajo en toda la organización.



El ciclo de la mejora continua es una de las herramientas de trabajo más potentes para definir, priorizar, evaluar, comparar y mejorar la asistencia que presta la organización.

Este esquema debería de aplicarse al desarrollo y evaluación de todos los objetivos del centro.

b) Plan de formación específica.

Los centros deben elaborar un plan de formación específica dirigido a la difusión de la cultura y el método de la mejora continua, de la calidad y la eficiencia.

Sus requisitos principales son:

- Multidisciplinario.
- Flexible y dinámico.
- Adaptado al contenido cultural del centro
- Dirigido a objetivos específicos y proyectos concretos
- Sometido a seguimiento y evaluación de resultados operativos y financieros.

c) Implantación de la Gestión de las Actividades Basadas en la Calidad (ABQ).

Se pretende gestionar las actividades necesarias para la realización eficaz e integradora de los procesos, dentro de todas las unidades de la organización, encaminándolas a mejorar continuamente la entrega de servicios que satisfagan las necesidades del usuario. (Nota Técnica nº 2)

El ABQ debe ser entendido como un entorno dentro del cual se deben analizar dos vertientes:

- a) Gestión de actividades, entendido como un sistema de gestión global de los procesos que orientan el contenido general del centro, con el objeto de conseguir la Excelencia del mismo.
- b) Costes generados por los mismos, entendido como una estructura que se utiliza para la medición y asignación de los costes en que se incurren para desarrollar las actividades necesarias hasta producir un servicio.

d) Formar grupos de trabajo de mejora continua.

En organizaciones tan complejas como los centros asistenciales, el trabajo aislado difícilmente dará resultados.

El enfoque del trabajo en equipo, multidisciplinario, aporta el valor añadido de los distintos puntos de vista, contribuyendo a:

- Analizar el proceso asistencial.
- Localizar problemas.
- Priorizar y aportar soluciones posibles.
- Mejorar la comunicación interna y la participación.
- Adjudicar responsabilidades.

Los centros deberán promover la formación de grupos de trabajo, multidisciplinarios, en torno a objetivos concretos, con planes de acción y evaluación de resultados.

e) Autoevaluación, auditoría interna.

Esta línea de trabajo se plantea de forma independiente, a pesar de que la evaluación debe estar implícita en todas las acciones del plan de calidad.

Analizar a fondo toda la organización, conocer los puntos críticos y priorizar las áreas de mejora es la base para definir puntos de partida realistas, que promuevan propuestas de mejora para todo el centro.

La autoevaluación centrada en las áreas claves de funcionamiento, en los procesos, en los resultados y en la satisfacción de los pacientes, es un factor clave para la mejora continua de la calidad y la eficacia de los centros.

Debe ser:

- Sistematizada, periódica y planificada.
- Centrada en las áreas claves de la organización.
- Eficaz en la definición de puntos de partida y áreas de mejora.

Cada centro deberá elaborar un plan de autoevaluación, adaptado al grado de desarrollo de la organización, capaz de definir sus puntos de partida y documentar la evolución de sus indicadores en el tiempo.

Este plan de autoevaluación debe difundirse a toda la organización.

3.- FOMENTAR LA IMPLICACION, MOTIVACION Y MEJORA DE LA SATISFACCION DE LOS PROFESIONALES.

Cuando se dice que “los profesionales son el principal activo de las organizaciones”, se está ante una expresión con mucho sentido, ya que lo fundamental de la organización son las personas que gestionan un conocimiento, y en base a esa interacción de personas y cómo utilizan sus conocimientos adquiridos, se va a obtener un resultado final en las actividades que llevan a cabo en la organización.

Los profesionales son los que utilizan los sistemas para hacer las cosas bien. No tiene sentido poner todo, o la mayoría, del interés en los sistemas si no se considera a los trabajadores a la vez, por ello hay que contar desde el inicio con los mismos. Cada vez que se plantea un cambio en el sistema, método de trabajo o proceso, lo primero que hay que hacer es comunicar, informar y formar a los profesionales, hacerles sentir protagonistas de los cambios propuestos.

Por ello, los centros deben conocer la motivación, la satisfacción de sus profesionales para que les permita evaluar y medir en qué grado se satisfacen sus necesidades y expectativas.

Por otra parte, se pretende promover el cambio organizativo y cultural necesario para descentralizar la toma de decisiones hacia los responsables de las unidades asistenciales y no asistenciales del centro. Descentralizar la toma de decisiones, implica proporcionar la información necesaria, válida y a tiempo a los responsables de tomarlas.

Desde el punto de vista de la gestión clínica, el centro deberá desarrollar un plan de negociación del contrato de gestión que aumente la participación, la motivación y la responsabilización de los profesionales.

Se incluyen las siguientes acciones:

- Formación y potenciación de las comisiones de objetivos, para mejorar la negociación entre profesionales y el equipo directivo.
- Mejora de la definición de objetivos en línea con los objetivos institucionales.
- Mejora y negociación de los criterios de evaluación.

a) Aumentar el reconocimiento de los profesionales.

Los centros han de instaurar sistemas de reconocimiento que den respuesta a las expectativas de los profesionales. Estos pueden ser económicos, o de otros tipos que tengan en cuenta las necesidades y situaciones personales de cada servicio o trabajador (carrera profesional, formación).

En todo caso, los sistemas deben ser flexibles, de forma que puedan adaptarse a los diferentes cambios organizativos y personales, y puedan servir como impulsor de un cambio de cultura, de acuerdo a las necesidades del centro.

Uno de los pilares para la implantación de la calidad total es conseguir la adhesión de los profesionales y su implicación en la mejora permanente de los procesos y resultados que se lleven a cabo en el centro.

Por ello, el centro ha de apreciar, valorar y reconocer la buena práctica de los profesionales a través de los sistemas de reconocimiento.

b) Formación continuada.

La misión de promover la mejora continua de los profesionales es el objetivo principal del plan de formación continuada.

En las organizaciones sanitarias la gestión del conocimiento es uno de los pilares básicos de la mejora de la calidad y la eficiencia.

La actualización del conocimiento en las áreas científicas, técnicas y de gestión debe ser el objetivo principal de la formación continuada de los profesionales.

El plan de formación continuada de los centros debería contener las siguientes líneas generales.

- Objetivos específicos en línea con las principales áreas de mejora del centro.
- Formación básica en metodología y herramientas de gestión clínica, administrativa, financiera y de sistemas de información.
- Formación específica en mejora continua de la calidad y la eficiencia.
- Adaptado a las necesidades específicas del centro y de todos sus profesionales.
- Desarrollo de la evaluación del impacto de la formación en los resultados.

c) Plan de mejora de la información interna.

Los centros deberán elaborar un Plan de Mejora de la Información, partiendo de las necesidades específicas de cada nivel de decisión, para que llegue a todos los profesionales.

Deberá realizarse un análisis de la información relevante, establecer una periodicidad adecuada, así como los circuitos de distribución necesarios.

Se deberá coordinar y aprovechar este plan de información con las acciones que se marcan en el objetivo corporativo de plan de comunicación interno en calidad, para difundir el centro toda la información contenida en sus acciones.

4. a) UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS RECURSOS DE TECNOLOGIA MEDICA.

El crecimiento exponencial de la innovación de la tecnología médica (tecnología diagnóstica, terapéutica y tratamiento farmacológico), con la inversión de recursos que conlleva, obligan a la organización a desarrollar una línea específica de evaluación de la adecuación de la tecnología médica dentro de los procedimientos que se realizan.

En esta área de trabajo habría que contemplar:

- Discusión e implantación de las recomendaciones para la práctica profesional, fruto de los estudios basados en la evidencia científica y adaptadas al contexto.
- Promoción de la elaboración de guías de práctica clínica, basadas en la evidencia científica, los análisis coste – efectividad y el contexto clínico, económico y epidemiológico del centro.
- Desarrollo de los planes de evaluación que aseguren e impulsen el impacto del conocimiento en la práctica clínica.

5.- a) DISEÑO DE UN SISTEMA DE INFORMACION INTEGRADO

Se desarrollará un sistema de información eficiente, integrado y flexible, con una definición clara y explícita de los datos e indicadores adecuados a las necesidades de información, que aporte los datos necesarios para la evaluación de resultados y la toma de decisiones.

Las condiciones básicas que el sistema de información contemplará son:

- Existencia de una única estructura del sistema pero con distintos niveles de información para los diferentes usuarios.
- Fiabilidad de los datos recogidos en el sistema.
- Homogeneidad en la definición, tanto en los datos como en los indicadores y en los estándares.
- Rapidez y agilidad en las actualizaciones de la información.
- Evaluaciones periódicas sobre la validez del sistema de información.
- Garantizar la confidencialidad de los datos.

6.- MEJORAR LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS DEL CENTRO.

El ciudadano tiene unas expectativas de calidad fruto de su experiencia, de la información de terceras personas, de medios de comunicación o bien a partir de la oferta de los profesionales, de los centros o del propio INSALUD.

La relación entre la calidad percibida en función de la esperada, marca el grado de satisfacción. Por ello, cada centro ha de reconocer los resultados que está obteniendo con relación a la satisfacción de sus usuarios externos, a través de encuestas, grupos de opinión, reclamaciones, con objeto de adoptar medidas para entender, predecir y mejorar la satisfacción y lealtad (fidelización) de los usuarios.

Los objetivos para mejorar el grado de satisfacción de los usuarios han de estar enfocados en dos pilares básicos:

a) Mejorar la información de los usuarios.

El centro ha de establecer un plan de comunicación dirigido a los ciudadanos usuarios del centro.. De esta manera podrán tener:

- Mejora de la información sobre:
 - organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud: prestaciones, derechos, deberes, etc.
 - organización y funcionamiento del INSALUD,
 - organización y funcionamiento del centro: área sanitaria, recursos, cartera de servicios, tramitación de sugerencias, quejas y reclamaciones
 - mejor información clínica (consentimiento informado) para participar en las decisiones terapéuticas.

- Mejora de la atención personalizada, a través de:
 - mejora del trato directo
 - mejora del confort en aspectos de hostelería, señalización, comunicación, etc.
 - programas de personalización: acompañamiento madre – hijo, desplazados, visitas, etc.
 - mejora de la confidencialidad ,
 - programas de acogida

- Mejora de la continuidad asistencial, a través de acciones de coordinación entre Atención Primaria y Especializada y centros sociosanitarios.

b) Conocer la opinión de los usuarios.

Resulta necesario que el centro realice estudios para conocer el grado de calidad que perciben los ciudadanos usuarios, a través de los siguientes elementos:

- accesibilidad, telefónica, del transporte público, asuntos de trámite, tiempo que tardaron en atenderle,
- trato: disponibilidad de escucha del personal, amabilidad del personal, captación profesional, coordinación entre servicios,
- garantía: confianza, seguridad que ofrece el centro, tecnología,
- tangibilidad: edificio e instalaciones, salas de espera, servicios hoteleros, limpieza.
- Información clínica, administrativa y de continuidad de la asistencia recibida.

De estas dimensiones el usuario probablemente no pueda valorar adecuada y objetivamente el resultado de la prestación o servicio. Sin embargo, puede evaluar al centro basándose en la forma en que recibe el servicio y el modo en el que han transcurrido las interacciones centro – usuario.

Por ello, resulta imprescindible atender a la calidad relacionada con el proceso, ya que el nivel de calidad percibida no está determinado sólo por el nivel de las dimensiones de calidad técnica y funcional, sino más bien, por el grado entre las percepciones del resultado y las expectativas del usuario acerca del servicio.

7.- PROCESO DE EVALUACION.

La finalidad de este objetivo es que el centro sanitario disponga de un proceso de evaluación interno normalizado, que le permita revisar de forma sistemática y periódica cómo están funcionando sus procesos y resultados, y el grado en que se aproximan a los estándares marcados.

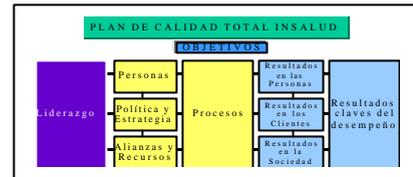
Cada centro debe establecer:

- Un proceso de autoevaluación programado y documentado que vaya dirigido a la prevención de los problemas en el funcionamiento y cumplimiento de los estándares a los que se ha comprometido.
- Un proceso de revisión regular del grado de cumplimiento del contrato de gestión y de los contratos de actividad negociados con los servicios.
- Revisión del grado de satisfacción de los ciudadanos usuarios.
- La implantación de la autoevaluación como actividad regular.

Todo ello con el objetivo de evitar las diferencias entre las especificaciones de calidad ofertadas por el Centro y las realizadas, estableciendo la mejora continua en todas las actividades, procesos y resultados que lleva a cabo el centro.

**- IMPACTO DE OBJETIVOS EN
EL MODELO DE EXCELENCIA**

CRITERIO: LIDERAZGO



Cómo los directivos desarrollan y facilitan la consecución de la misión y visión, desarrollan los valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo e implantan todo ello en la organización mediante las acciones y los comportamientos adecuados, estando implicados personalmente en asegurar que el sistema de gestión de la organización se desarrolla e implanta.

Objetivos del Plan de Calidad que impactan en este criterio:

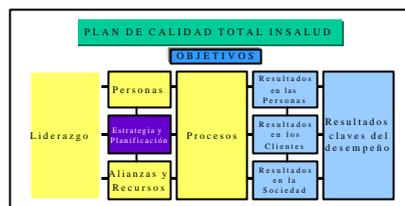
- ✓ Desarrollar el Plan de Calidad Total.
- ✓ Instituir la Agencia de Calidad del INSALUD.
- ✓ Establecer los Premios INSALUD de Calidad.
- ✓ Incentivar cumplimiento de objetivos de Calidad.
- ✓ Hacer el seguimiento del Plan de Calidad de Centros

Los directivos son los encargados de desarrollar la misión, visión y valores dentro de la organización, que actúan como modelo de referencia dentro de una cultura de Excelencia. Se implican personalmente para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización.

Los directivos motivan, apoyan y reconocen al personal de la organización. Comunican la misión, visión, valores, estrategias, planes, objetivo y acciones de la organización a las personas que la integran.

Con la autoevaluación y mejora se busca el nivel de la excelencia de la gestión que se lleva a cabo dentro de la organización.

CRITERIO: POLITICA Y ESTRATEGIA



***Cómo** la organización implanta su misión y visión mediante una estrategia claramente centrada en los ciudadanos y apoyada por planes, objetivos, metas y procesos relevantes.*

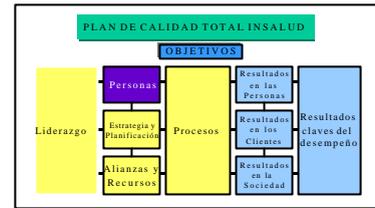
Objetivos del Plan de Calidad que impactan en este criterio:

- ✓ Disponer de la carta de Servicios y Cartera de Servicios.
- ✓ Potenciar el Plan anual de objetivos de Calidad.
- ✓ Disponer de una red de Oficinas de Atención al Ciudadano.
- ✓ Promover la formación en Calidad.
- ✓ Plan de comunicación interno y externo en Calidad.
- ✓ Mejorar la información de los usuarios.
- ✓ Promover la utilización adecuada de los recursos.
- ✓ Implantación del ciclo de mejora continua.
- ✓ Autoevaluación.
- ✓ Diseñar un sistema de Información integrado.

La estrategia y política de la organización se fundamentan en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los ciudadanos. La fundamentaran en la información procedente de las actividades relacionadas con la medición del rendimiento, investigación, aprendizaje y creatividad.

La estrategia y planificación deben reflejar los principios de Gestión de la Excelencia de la organización y el modo cómo alcanzará sus objetivos a través de estos principios. Dicha estrategia debe comunicarse al personal de la organización para ser conocida e implantada. Los planes y acciones derivados de la estrategia deberán contemplar un procedimiento de seguimiento, revisión y mejora continua.

CRITERIO: PERSONAS



Cómo la organización gestiona, desarrolla y aprovecha el conocimiento y todo el potencial de las personas que la componen, tanto en el ámbito individual, como de grupos o de la organización en su conjunto y cómo planifica estas actividades en apoyo de sus estrategias y del eficaz funcionamiento de sus procesos.

Objetivos del Plan de Calidad que impactan en este criterio:

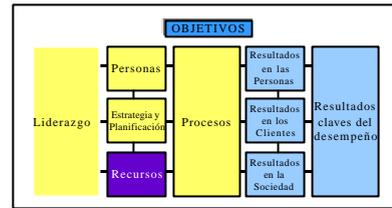
- ✓ Formación continuada.
- ✓ Aumentar el reconocimiento de los profesionales.
- ✓ Plan de comunicación interno en calidad.
- ✓ Formar grupos de trabajo de mejora continua.

El personal de la organización está integrado por todos los profesionales y las demás personas que directa o indirectamente ofrecen un servicio a los usuarios.

La organización planifica, gestiona y mejora los recursos humanos. Identifica, desarrolla y mantiene el conocimiento y capacidad de las personas, así como la implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización.

La organización debe establecer canales de comunicación con los profesionales, así como potenciar la creatividad y la iniciativa.

CRITERIO: RECURSOS



Cómo la organización gestiona y planifica sus alianzas externas y sus recursos internos en apoyo de su estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.

Objetivos del Plan de Calidad que impactan en este criterio:

- ✓ Utilizar adecuadamente los recursos de tecnología médica.
- ✓ Diseñar un sistema de información integrado.

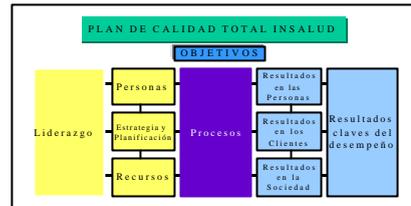
La gestión de los recursos debe estar enfocada al desarrollo correcto de la estrategia y planificación. Los recursos que se deben gestionar son económicos y financieros, de información, materiales, inmuebles y tecnológicos, y deben estar enfocados a apoyar la mejora continua y a proporcionar ventajas competitivas en beneficio de la organización, según su ámbito competencial.

La información que debe utilizar la organización debe ser tratada de forma que sea accesible al personal y está disponible.

La relación con proveedores, su selección, su evaluación, mejoras y optimización de los suministros debe enfocarse para obtener una mejora continua y el beneficio de ambos.

La tecnología y otros recursos deben utilizarse en apoyo al desarrollo de planes y objetivos.

CRITERIO: PROCESOS



Cómo la organización diseña, gestiona y mejora sus procesos para apoyar su estrategia y para satisfacer plenamente generando cada vez mayor valor a sus ciudadanos y otros grupos de interés.

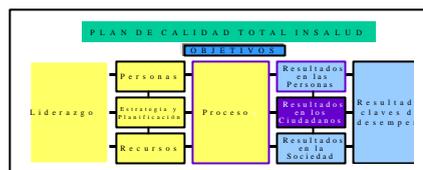
Objetivos del Plan de Calidad que impactan en este criterio:

- ✓ Elaborar la cartera de servicios.
- ✓ Disponer de criterios y estándares relacionados con la organización, gestión y provisión de servicios y prestaciones.
- ✓ Disponer de un sistema para evaluar el cumplimiento de los criterios y estándares del propio sistema o con los que se contrate la asistencia.
- ✓ Asegurar la coordinación entre niveles asistenciales.
- ✓ Implantar el ciclo de mejora continua.
- ✓ Implantar la gestión de las actividades basadas en la calidad (ABQ).
- ✓ Rediseñar y agilizar el sistema administrativo y el acceso a las prestaciones.

La gestión de los procesos busca optimizar su eficacia y eficiencia en función de los ciudadanos, cuyas necesidades, dentro de éstas, sus prioridades deben estar identificadas.

La organización debe diseñar y gestionar sistemáticamente los procesos; introducir las mejoras necesarias en los mismos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a los usuarios, generando cada vez mayor valor.

CRITERIO: RESULTADOS EN LOS CIUDADANOS



Qué logros está alcanzando la organización en relación con sus ciudadanos.

Objetivos del Plan de Calidad que impactan en este criterio:

- ✓ Conocer la opinión del usuario para mejorar su satisfacción.
- ✓ Evaluar el grado de satisfacción de los ciudadanos.

Se debe identificar la percepción real que tienen los ciudadanos sobre la calidad de los servicios que ofrece la organización, según su ámbito competencial, y si éstos cumplen con sus expectativas.

La información sobre el nivel de satisfacción se extraerá de la percepción directa de los ciudadanos, a través de quejas, reclamaciones, así como a través de mediciones complementarias, donde se refleje el grado de satisfacción de sus expectativas en cuanto a accesibilidad, instalaciones, trato, etc., aspecto éstos que se extraerán a partir de encuestas sobre índices de percepción de la calidad de los servicios.

La autoevaluación debería demostrar el rendimiento de la organización a la hora de satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos, y presentar resultados, tendencias, objetivos y comparaciones con otras organizaciones.

CRITERIO: RESULTADOS EN LAS PERSONAS



Qué logros está alcanzando la organización en relación con las personas que la integran.

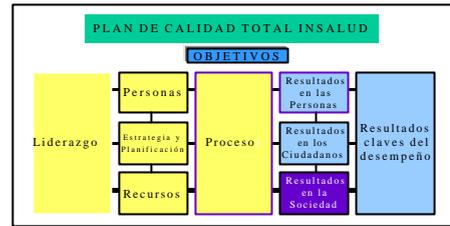
Objetivos del Plan de Calidad que impactan en este criterio:

- ✓ Evaluar el grado de satisfacción de los profesionales.
- ✓ Aumentar el reconocimiento de los profesionales.

Se debe conocer en qué medida las personas que trabajan en la organización, según su ámbito competencial, tienen satisfechas sus expectativas personales y profesionales, encontrándose motivados y satisfechos en el puesto de trabajo.

A través de medidas de percepción e indicadores de rendimiento la organización va a conocer como la percibe su personal y como supervisa, entiende, predice y mejora el rendimiento de las personas que la integran y se anticipa a sus percepciones.

CRITERIO: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD



Qué logros está alcanzando la organización en la sociedad.

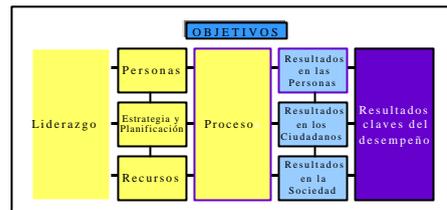
Objetivos del Plan de Calidad que impactan en este criterio:

- ✓ Mejora de la salud de la población
- ✓ Mejora de la formación sanitaria
- ✓ Mejora de los canales de comunicación entre la organización y la sociedad.

La organización, según su ámbito competencial, debe conocer, comprender y tener en cuenta todos los medios a su alcance para satisfacer las necesidades y expectativas de la sociedad.

La organización debe ser percibida por la sociedad como integrada en ésta e involucrada en los temas sociales candentes, así como sensibilizada y activa en la consecución de un óptimo estado sostenible de bienestar.

CRITERIO: RESULTADOS CLAVES



Qué logros está alcanzando la organización con relación a los objetivos planificados.

Objetivos del Plan de Calidad que impactan en este criterio:

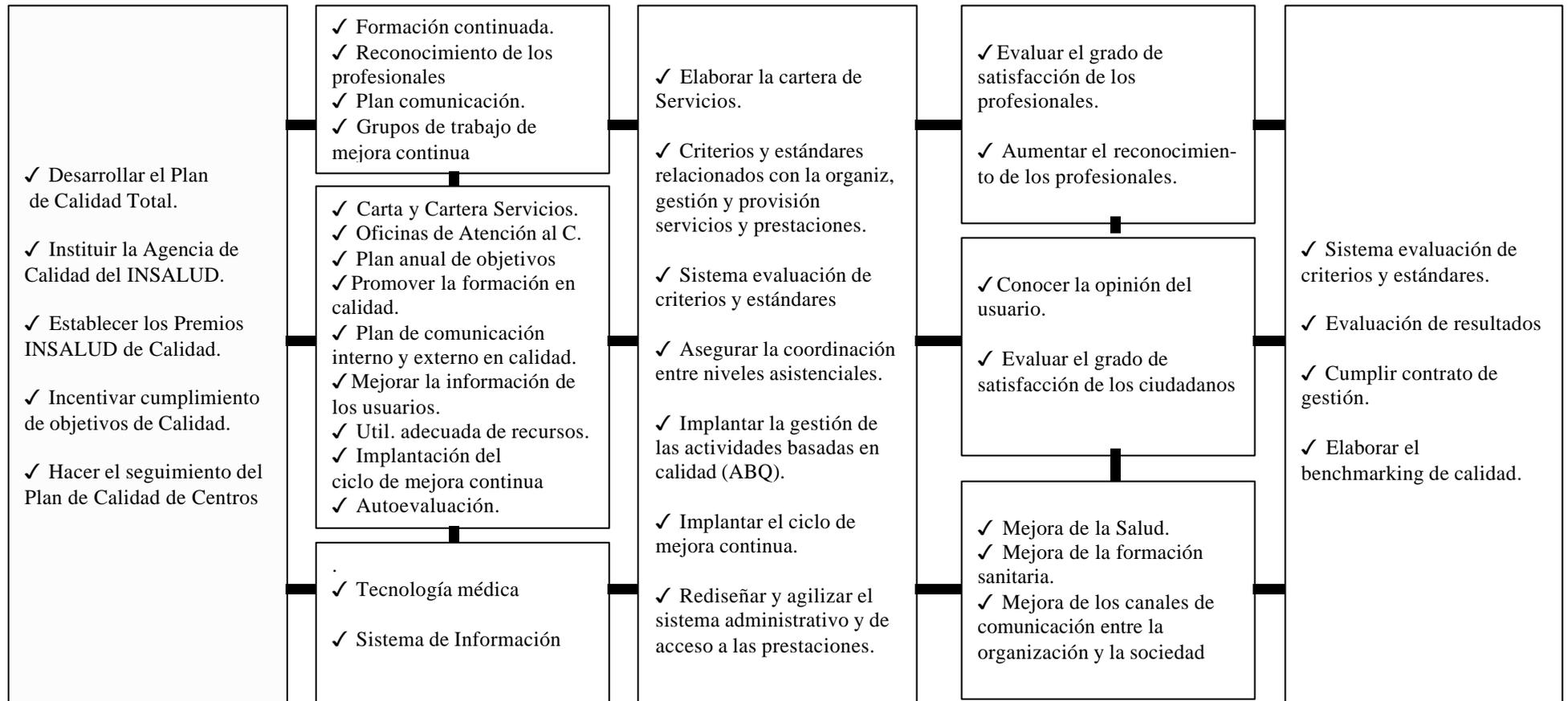
- ✓ Evaluar el cumplimiento de los criterios y estándares.
- ✓ Evaluación de resultados
- ✓ Cumplimiento del contrato de gestión.
- ✓ Elaborar el benchmarking de calidad

En toda organización, según su ámbito competencial, uno de los fines principales debe ser obtener unos resultados adecuados que posibiliten el cumplimiento de sus fines.

Se entiende por resultados las mediciones de la eficacia y eficiencia en la prestación de servicios a los ciudadanos y en el logro de los objetivos básicos y específicos de cada centro, servicio, unidad.

PLAN DE CALIDAD TOTAL INSALUD

OBJETIVOS



NOTAS TECNICAS

INTRODUCCION

Las notas técnicas pretenden ser guías, documentos de apoyo, herramientas orientativas para que cada centro pueda gestionar su propio plan de calidad.

- En la nota técnica nº 1, se describen los procesos, fases y contenidos a tener en cuenta a la hora de realizar un plan de calidad total.

- En la nota técnica nº 2, dentro de la calidad aplicada a la gestión clínica se enumera una herramienta: la gestión de las actividades basadas en la calidad (ABQ).

- En la nota técnica nº 3, es una recopilación teórica de la evolución del concepto de gestión de la calidad, así como los sistemas de evaluación de la misma, con mención expresa al modelo europeo de excelencia.

- En la nota técnica nº 4, se describe el marco legal e institucional que hace referencia a la calidad en los servicios sanitarios en España, y la evolución histórica de la gestión de la calidad en el INSALUD.

- En la nota técnica nº 5, se hace referencia de modo resumido al enfoque que la gestión de la calidad en los sistemas sanitarios esta teniendo en los países europeos.

- En la nota técnica nº 6, se recogen los objetivos de calidad del Contrato de Gestión 2000 para Atención Primaria, Urgencias del 061 y Especializada.

- En la nota técnica nº 7, figura un glosario de términos utilizados en la gestión de la calidad con el objeto de unificar criterios y entender lo mismo cuando se trata de calidad.

NOTA TECNICA Nº 1

GUÍA DEL
PLAN DE CALIDAD TOTAL DEL CENTRO

INDICE

1. Introducción
2. Aspectos a tener en cuenta
3. Fases
4. Contenido

1. - Introducción

El Plan Estratégico del INSALUD, establece que cada centro adecuará y desarrollará su Plan de Calidad Total, siguiendo los objetivos generales del Plan de Calidad del INSALUD y los objetivos específicos en él definidos.

Cada centro sanitario deberá definir en su Plan los objetivos que va a desarrollar para conseguir un conjunto de características diferentes referidas a los recursos, a los procesos, a los resultados y a la percepción que tienen los usuarios de su centro asistencial.

Los principios básicos a tener en cuenta a la hora de definir los objetivos son:

- La calidad debe ir orientada al usuario buscando su satisfacción.
- La calidad debe buscar la motivación de los profesionales, su implicación en el centro y satisfacción.
- La calidad debe referirse a todas las unidades y procesos del centro.
- La calidad requiere de la responsabilidad individual de todos los miembros del Centro.
- La calidad implica información y comunicación.

En definitiva, se trata de conseguir:

- La mejora continua en el funcionamiento del Centro.
- La participación de todos los profesionales en la mejora continua y sistemática de los servicios que prestan.
- La evaluación periódica de los resultados que obtiene el Centro.

El objetivo final a conseguir por el Centro es el de ser reconocido su excelencia como proveedor de asistencia sanitaria.

2. - Aspectos a tener en cuenta

La primera consideración a tener en cuenta por el centro sanitario para elaborar su Plan de Calidad es, en el ámbito operativo, establecer **un Sistema de Gestión de la Calidad**, el cual debe estar adaptado a las condiciones del centro sanitario, a los servicios que oferta, y al cambio de cultura que la organización esta dispuesta o puede realizar. Siendo fundamental que dicho sistema de gestión pueda ser mejorado progresivamente a medida que la organización vaya avanzando en su nivel de compromiso con la Gestión de la Calidad Total.

Entre otros factores críticos para el éxito de la elaboración e implantación del Plan de Calidad Total se destacan los siguientes:

✓ La organización después de evaluar sus capacidades, de analizar su situación con relación a la calidad de sus procesos y de valorar la amplitud e intensidad del cambio cultural que puede asumir, debe establecer unos objetivos que a corto – medio plazo (2-5 años) puedan ser realizables.

✓ La organización debe estudiar cómo integrar el concepto de Calidad Total o de mejora continua dentro del Plan Estratégico de forma que el centro, al final, disponga de un único documento estratégico. Por ello el Plan de Calidad Total del Centro es el conjunto de acciones operativas que van a desarrollarse dentro de la organización para implantar la mejora continua en todas las funciones, servicios, unidades y personas.

✓ El papel de la Gerencia y el Equipo de Dirección del centro sanitario como motor que va a liderar y hacer posible el cambio de cultura que es necesario para establecer un sistema de calidad.

✓ El papel de los profesionales en todo el proceso de implantación y cómo lograr su implicación con la misión y visión de la organización y su participación activa en la mejora diaria de todas las actividades que realiza.

✓ La formación en los conceptos de la gestión de la calidad total y en sus metodologías: ciclo de mejora, herramientas para la resolución de problemas, métodos de autoevaluación, etc.

3.- Fases

Aun cuando existen diversos modelos para la implantación de la Calidad Total en una organización, las fases básicas y comunes a todos ellos son las siguientes:

1. **Fase de sensibilización** acerca de la importancia que tiene para la organización el establecer una estrategia de mejora de la calidad y la obtención del compromiso de la Gerencia para la implantación.

- a) **Proceso de definición o revisión de la misión, visión, metas estratégicas y valores** en los que se va a apoyar la organización para establecer su política de calidad dentro de un enfoque de la gestión de la calidad total. Esta etapa es llevada a cabo por el equipo de dirección del centro y va a servir para orientar todos los esfuerzos de la organización hacia una visión común.
- b) **Proceso de comunicación y difusión de la misión, visión y valores al Centro** con la finalidad de prepararla para el cambio de cultura que es preciso conseguir para la implantación progresiva de la mejora diaria de cada actividad que se realice, y del trabajo en equipo.

2. **Fase de planificación del cambio** que tiene como objetivo crear o reforzar actitudes y valores que sustenten el proceso de mejora. En esta fase es importante diseñar el camino a recorrer para alcanzar la excelencia y crear infraestructuras que ayuden al cambio, aportando los recursos necesarios para el buen fin del proyecto.

3. **Fase de diagnóstico y planificación** dirigida al análisis de los datos obtenidos, la identificación de áreas a mejorar, y la priorización de éstas susceptibles de mejora. En esta fase, además, se definen los proyectos de mejora sobre las áreas priorizadas, y se planifican las políticas y acciones a realizar.

- a) **Proceso de análisis de la organización** con la finalidad de:

- **Diagnosticar** la situación de la organización en cuanto a la forma de realizar las actividades, procedimientos que emplea, cómo se gestiona la organización, cómo es el proceso de comunicación, grado de satisfacción del personal, características de los productos y servicios que realiza, satisfacción de los usuarios con dichos productos y servicios, y resultados que alcanza.

- **Identificar** los puntos fuertes y débiles y áreas a mejorar.
- **Priorizar** las áreas a mejorar.
- **Establecer proyectos de mejora** sobre las áreas priorizadas.

c) **Proceso de identificación de los factores que son críticos** para que la organización pueda conseguir la visión. La fuente de información ha de ser:

- **El equipo directivo**, ya que cuenta con una serie de datos históricos que les permite tener identificados puntos débiles a mejorar; su información suele estar versada en la detección de problemas de eficiencia y utilización de recursos y coste de no – calidad.
- **Los profesionales**, verdaderos conocedores de las realidades del día a día, entendiéndolo como tales a todos, ya que cada uno, desde su parcela de observación y experiencia puede aportar visiones distintas.
- **Los usuarios**, sus expectativas y opiniones quedan recogidas en las encuestas realizadas y en sus sugerencias y reclamaciones.
- **Las normativas y estándares**, el posicionamiento del centro en referencia a sus estándares constituye una fuente de datos de sus oportunidades de mejora.

d) **Proceso de formulación de los objetivos** del Plan de Calidad. El centro debe formular:

- **Un objetivo general** con contenido y que sea el suyo, no - uno que pueda valer para cualquier centro, que sintetice y sea coherente con los problemas, deficiencias y oportunidades de mejora detectados.
- **Objetivos operativos** que concreten cómo se pretende cumplir el objetivo general, expliquen los temas o dimensiones de la calidad en que se va a centrar el trabajo.
- **Plan de acción**, define las acciones concretas a realizar en los temas que se pretende actuar; se designan los responsables de diseñar la estrategia y metodología adecuada a cada caso, y todas estas acciones se han de integrar en un cronograma realista.

4. **Fase de realización de los proyectos de mejora y su revisión.** Para ello se crean grupos de mejora para el desarrollo de los proyectos, se evalúan los resultados, y se revisan las políticas y acciones.

5. **Fase de despliegue e integración de las actividades de mejora en toda la organización.** Para ello se identifican y coordinan las unidades piloto de la organización, se forma al personal de las unidades piloto, y se establecen los proyectos de mejora en dichas unidades.

- a) **Proceso de implantación** del Plan de Calidad Total a todo el centro. Este se realiza en cascada, iniciándose en el equipo de dirección y siguiendo a todas las actividades y servicios de la organización. Es imprescindible que todos los profesionales del centro que no hayan participado en su elaboración lo conozcan, ya que si no es así, difícilmente lo harán suyo y participarán en el mismo.
- b) **Proceso de formación** en los conceptos y técnicas de la gestión de la calidad total. Tiene como finalidad ayudar a preparar a la dirección y al resto del personal para liderar y participar en el cambio de cultura.
- c) **Proceso de reconocimiento** para premiar al personal que se destaca por su participación en la implantación del plan.

6. **Fase de autoevaluación.** Los resultados del proceso de autoevaluación van a servir para conocer el nivel de mejora alcanzado, la identificación de nuevas áreas de mejora, y el comienzo otra vez de todo el ciclo de planificación.

La Comisión de Calidad del centro tiene la misión de facilitar e instrumentar todo el proceso de implantación de la Calidad Total.

5.- Contenido del Plan

Teniendo en cuenta la situación actual de los centros con respecto a los sistemas que tienen implantados para la gestión de la calidad y los objetivos definidos en el Plan de Calidad Total del INSALUD, se considera recomendable que para los próximos años, el centro sanitario establezca un Plan documentado dirigido al establecimiento de un sistema de gestión para la mejora de la calidad.

La implantación de un sistema para la gestión de la mejora de la calidad, deberá inicialmente permitir al centro sanitario asegurar:

1. El **cumplimiento de los requerimientos** que sobre el funcionamiento de la organización, le son solicitados por el **INSALUD** directamente o a través del Contrato de Gestión.
2. La **orientación del centro hacia las necesidades de los usuarios.**
3. La **orientación hacia la mejora continua del centro**
4. La **participación de los profesionales** en todo el proceso de mejora.

Para cumplir los anteriores fines el centro reflejará en su Plan:

- **La Política de la Calidad** que va a guiar al centro en sus relaciones con los usuarios, profesionales, INSALUD, proveedores y otros grupos de interés.

- **Las responsabilidades de la Gerencia** en cuanto a la calidad. El Gerente debe estar comprometido de forma visible y clara con la implantación de un sistema efectivo para la mejora de la calidad.

- **La distribución de responsabilidades y autoridad** en las personas que gestionan y realizan las actividades que afectan a la calidad.

- **La estructura organizativa** (organigrama).

- **Los estándares a los que se compromete en su funcionamiento** y los medios que va a emplear para su cumplimiento.

- **La cadena de Valor Añadido** en cuanto a:

- Infraestructura: estructura, edificios, equipos, finanzas, servicios, legales.
- Tecnología: esfuerzos para mejorar procesos – productos, investigación, protocolos, I+D, información, circuitos.
- Suministros: insumos, compras, abastecimientos, farmacia, almacén.
- Gestión de Recursos Humanos: selección, contratación, promoción, formación, política salarial.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, en el Plan de Calidad Total del Centro deben figurar los siguientes apartados:

- a) **Justificación de la elaboración del Plan.**
- b) **Declaración de la misión, visión y valores de la organización** y la política de calidad que quiere establecer. Proceso que se va seguir para su comunicación y difusión dentro y fuera de la organización y mecanismo para evaluar la efectividad de la difusión.
- c) **Cómo se va a integrar el Plan de Calidad dentro del Plan Estratégico** del centro.
- d) **Informe del análisis** del centro y de su sistema de la calidad.
- e) **Los objetivos y acciones operativas** para implantar su sistema de mejora de la calidad. Los periodos en que el centro intenta conseguir dichos objetivos y la periodicidad con la que va a evaluar el nivel de cumplimiento de los mismos (cronograma).
- f) **Definición de la metodología** a utilizar para la estandarización de los procesos, su control y medida de los resultados.
- g) **Programa de formación:** organización, contenidos y evaluación.
- h) **Acciones** para potenciar la participación de los profesionales en el desarrollo y cumplimiento de los objetivos del Plan, así como el Programa de reconocimiento y recompensas a emplear con los profesionales.
- i) **Evaluación:** los instrumentos y procedimientos a emplear para conocer el progreso en el cumplimiento de objetivos.

NOTA TECNICA Nº 2

LA CALIDAD APLICADA A LA GESTIÓN CLINICA:

**GESTION DE LAS ACTIVIDADES BASADAS
EN LA CALIDAD (ABQ)**

INDICE

1. Introducción.
2. Definición.
3. Diseño de la guía integrada asistencial.
4. Criterios de excelencia que define el ABQ.
5. Gestión Basada en la Calidad (ABM).
6. Contabilidad basada en las actividades (ABC).

1.- INTRODUCCION

Las organizaciones sanitarias de carácter público históricamente se han diseñado siguiendo un esquema funcional. En este diseño, la organización pone énfasis en aquellas funciones especializadas que debe llevar acabo. El objetivo que persigue la organización al estructurarse de esta forma es conseguir más eficiencia y efectividad en el desarrollo de sus tareas y actividades, y el intentar conseguir una mayor facilitación de los procesos de la organización y control de las diferentes áreas.

Sin embargo, esta estructuración no permite a veces tener una visión integradora de la organización. Los gestores pueden conocer muy bien cual es su cartera de servicios, cuales son sus usuarios. Pero a menudo no comprenden con un suficiente nivel de detalle cómo su centro sanitario desarrolla sus servicios, cómo los hace en la realidad, si los usuarios que acceden a cada servicio son los más apropiados. En definitiva, desconoce en gran medida como se diseña y se ejecuta la cadena asistencial dentro de la organización.

En contraposición a esta imagen de la organización, se ha desarrollado una nueva forma de pensar, la organización entendida como un sistema, conocida también como organización horizontal o por procesos.

En esta visión horizontal o de sistema, se incluyen los tres componentes olvidados en la visión vertical: el usuario, el flujo de actividades o proceso y el resultado del servicio. Lo cual permite conocer cómo se llevan los procesos y muestra las relaciones internas de proveedor – usuario a través de los cuales se producen los servicios.

Así mismo, en esta visión horizontal o de procesos, el proceso asistencial deberá estar integrado. Para ello se deberán eliminar las barreras existentes entre los distintos niveles asistenciales, dentro de cada nivel asistencial, dentro de cada servicio y entre las categorías profesionales que participan en la cadena asistencial. Todo ello deberá ser realizado tomando como premisa del trabajo que el usuario reciba la mejor asistencia y que todas las actuaciones que se realicen sobre él, sean cada vez más efectivas y eficientes.

Por tanto, la organización sanitaria debe ser entendida como un conjunto de procesos que producen resultados de valor para los usuarios, más que como un conjunto de funciones separadas entre si y que tienden a optimizar sus resultados, sin tener en cuenta los objetivos finales de la organización y del sistema sanitario.

La gestión de cada uno de los procesos asistenciales de la organización incluye, primero realizar un diseño, segundo ejecutarle, y tercero evaluarle y mejorarle. Como instrumento que puede ser utilizado para este fin está la gestión de las actividades basadas en la calidad (ABQ).

2.- DEFINICIÓN

La gestión de las Actividades Basadas en la Calidad (ABQ) consiste en el diseño de una red de actividades que permita conseguir el resultado más óptimo del servicio asistencial, tanto para el usuario, como para el personal y los restantes grupos interesados en el servicio. Para ello analiza cada una de las actividades que componen el servicio asistencial y selecciona de entre estas aquellas que son críticas o claves para la obtención de los resultados, expresados estos como características de salud, de satisfacción y de coste.

El ABQ debe ser entendido como un entorno dentro del cual se deben analizar dos vertientes:

- a) Gestión de actividades, entendido como un sistema de gestión global de los procesos que orientan el contenido general del centro, con el objeto de conseguir la Excelencia del mismo.
- b) Costes generados por los mismos, entendido como una estructura que se utiliza para la medición y asignación de los costes en que se incurren para desarrollar las actividades necesarias hasta producir un servicio.

El ABQ utiliza como elemento de soporte la Guía Integrada Asistencial, la cual no es más que la traslación de la evidencia científica a un formato que permite definir cual es la mejor práctica profesional en un momento dado, para una determina patología, con una condición clínica específica y en un entorno definido. El reto para el clínico es la realización de esa traslación de la evidencia en su trabajo diario, encontrar las soluciones prácticas acerca de cual es el óptimo y definir las medidas de conformidad sobre calidad y coste.

Estas Guías deben ser consideradas como un instrumento para la mejora de la organización y enfocarlas dentro de los principios que son la base del Modelo Europeo de Excelencia: satisfacción del usuario, orientación hacia los resultados, participación y desarrollo del personal.

La implantación del ABQ exige un cambio de cultura dentro de la organización, que debe ser liderado por los gestores y los responsables de los servicios asistenciales. Los factores que van a condicionar este cambio son entre otros:

- El nivel de compromiso de los gestores.
- El grado de participación de todos los profesionales.
- El nivel de formación que se disponga sobre el diseño, análisis y gestión de los procesos.
- La capacidad de trabajo en equipo.
- El grado de coordinación y comunicación que se consiga ente los diversos niveles asistenciales y dentro de cada nivel.
- Los recursos que sean empleados.
- La idoneidad del sistema de información.

Su implantación en la práctica diaria va a permitir desarrollar una asistencia en la que el usuario sea el centro del proceso y en donde los profesionales que participan puedan desarrollar toda su capacidad.

3.- DISEÑO DE LA GUÍA INTEGRADA ASISTENCIAL.

El proceso de diseño de una guía se inicia con la formación de un grupo de trabajo en donde está representado el personal de todos los servicios / unidades que intervienen sobre el usuario, así como un representante de la dirección.

Para el buen desarrollo de la guía se debe realizar un trabajo coordinado, de los que participan en el proceso y de los gestores que van a ser responsables de que se eliminen las barreras de la organización.

Es, además, útil confiar en la experiencia pasada en procesos similares, consultar con las personas que realizan las actividades y utilizar la base de datos de la organización para conocer que es lo que se viene realizando hasta ahora.

En la definición de la red de actividades, nunca se debe olvidar que la finalidad de dicha red, es conseguir un resultado. Por ello la construcción de la red se suele realizar empezándola por el proceso final, que es el que produce el resultado sobre el cliente, y a partir de aquí se van identificando las actividades, en dirección contraria al flujo normal del proceso, a la vez que se identifican las cadenas cliente – proveedor.

En el caso de que las actividades residan en departamentos / servicios diferentes, es útil subdividir esta red o macroproceso en subprocesos tomando como criterio de clasificación los distintos departamentos / servicios, y determinar las condiciones que se deben dar para que se produzca una buena integración de cada subproceso y del conjunto, haciendo incidencia sobre todo en los canales de comunicación.

Este grupo de trabajo realiza las siguientes actividades en las siguientes fases:

1ª) Determinar los resultados a lograr

Identificación de las características que debe reunir el resultado final del proceso sometido a diseño. Para ello se definirá:

- Qué se considera como resultado aceptable en términos fisiológicos, de duración de estancia, satisfacción, información que debe tener el usuario, etc. Además se deben tener presente cuales son las necesidades y expectativas de los usuarios.
- El establecimiento del sistema de indicadores para evaluar cómo el resultado cumple con los anteriores requisitos.

2ª) Planificar y desarrollar las actividades.

Identificación de las actividades individuales que deben realizarse en el proceso asistencial. Para ello y para cada actividad asistencial se identifican los siguientes elementos:

- Cliente al que se dirige el resultado de cada actividad. Este cliente puede ser otro servicio / unidad, otro profesional o el enfermo o usuario.
- Determinar los requisitos que debe tener el resultado de dicha actividad, para satisfacer a los usuarios y el resultado final.
- Detallar las tareas que hay que realizar para llevar a cabo la actividad: qué se va hacer, quién lo va hacer, en dónde se va hacer, cómo se va hacer.
- Analizar para cada tarea, el valor que añade, teniendo en cuenta su contribución al resultado de la actividad y el resultado final del proceso.
- Identificación del servicio / unidad y del responsable de la actividad y de los recursos que se emplean.
- Establecer el sistema de control más adecuado para asegurar que la actividad se realiza según lo previsto y el resultado parcial es el deseado.
- Estimación del tiempo de conclusión de cada actividad.
- Identificación de las relaciones de tiempo entre las actividades.
- Representar el diagrama de la red de actividades en forma de mapa de procesos.

- Elaborar la documentación que permita conocer cómo deben realizarse las actividades: protocolo, recomendaciones, instrucciones, etc. Así mismo elaborar las hojas de registros necesarias.
- Determinar las actividades que son claves para la obtención del resultado final según lo previsto.
- Designar al responsable de la gestión de este proceso.

3ª) **Ejecución del proceso.**

En la ejecución del proceso, lo que se mide de forma continuada es la conformidad, es decir, cumplir las especificaciones que se han señalado. Una vez que la ejecución del proceso se inicia, se deben utilizar técnicas especiales de control de procesos para asegurar que los objetivos de la calidad, efectividad y eficiencia se cumplen.

Los procesos, son gestionados para asegurar que los requerimientos del diseño se cumplen. El ámbito que cubre la gestión de procesos incluye la planificación y administración de las actividades necesarias para conseguir un alto nivel de desempeño del proceso, e identificar las oportunidades para la mejora de la calidad, rendimiento operativo y alcanzar la satisfacción del cliente.

La gestión del proceso es un conjunto de técnicas que aseguran que los procesos asistenciales claves están continuamente monitorizados y mejorados. La gestión de los procesos dentro de la perspectiva de la gestión de calidad total, es la gestión de la mejora continua diariamente.

Las actividades que comprenden la gestión de los procesos son: la obtención de datos, el control del proceso, identificación e implantación de mejoras y el mantenimiento de las mejoras.

4ª) **Evaluar y revisar.**

El control de la calidad de la ejecución es el proceso continuo de evaluar el rendimiento y hacer correcciones cuando es necesario. La interrelación entre el control de proceso y su corrección, con las revisiones posibles de procedimientos y planes de ejecución, deben continuar hasta obtener los resultados satisfactorios.

El gestor debe conocer el empleo de las técnicas de resolución de problemas, para entre otras, determinar las causas raíces de la variación y cómo las correcciones se realizan en el punto más inicial del proceso. Las correcciones deben minimizar la probabilidad de recurrencia de este tipo de variación.

4.- CRITERIOS DE EXCELENCIA QUE DEFINE EL ABQ

La excelencia es la integración eficaz de las actividades dentro de todas las unidades de una organización, que conduce a mejorar continuamente la oferta de servicios que satisfagan al usuario interno y externo.

La excelencia se debe mantener en la organización a lo largo del tiempo mediante la mejora continua de todas las actividades de la misma, incluyendo no solo la actividad asistencial, docente y de investigación, sino también otras no asistenciales.

Los factores clave de la excelencia que definen el ABQ son:

- **Actividades integradas.**

La organización está gestionada generalmente en servicios / unidades individuales como si estas fueran totalmente independientes. Los consumos de recursos de una actividad de un servicio / unidad están afectados por las decisiones o salidas de otros servicios.

Esta separación de funciones y de responsabilidades de los servicios va a favorecer la competencia entre los servicios entorpeciendo el rendimiento de los mismos. Por ello la interdependencia de las actividades entre los servicios es una realidad.

La realización de actividades integradas, suprimiendo las barreras entre los diversos servicios / unidades, va a generar información e ideas por parte de todo el personal, independientemente del servicio / unidad al que pertenece, teniendo en cuenta la actividad integrada desde el punto de vista del usuario.

- **Coherencia entre todas los servicios / unidades de toda la organización.**

La excelencia necesita el compromiso de todos los servicios / unidades de la organización, no sólo de la dirección. La función de cualquier servicio / unidad administrativa, de recursos humanos, de compras, etc., es tan importante como la función de los servicios / unidades clínicas para la excelencia de la organización.

- **Mejora continua.**

La excelencia necesita una búsqueda de la mejora continua en todas las actividades de la organización con el fin de disminuir las ineficiencias y las actividades que no añaden valor al servicio.

- Cadena cliente / proveedor.

Cliente interno es aquel a quien se entrega el trabajo y que debe ejecutar la fase siguiente del mismo y proveedor interno es aquel que ha ejecutado la fase anterior de su trabajo. Cada persona que trabaja en la organización es a la vez cliente y proveedor estableciéndose un sistema de interrelaciones.

La organización se beneficia si cada persona intenta satisfacer las necesidades de su cliente interno realizando el trabajo con la máxima rapidez, sin fallos y de modo eficiente. Es lo que se denomina cadena cliente – proveedor, y el último eslabón es el cliente externo, el usuario.

- Satisfacción del usuario / cliente.

La satisfacción del usuario / cliente actualmente es el éxito de la organización y el punto fuerte de la misma.

- Asignación precisa y eficiencia en la utilización de recursos.

La asignación precisa de los recursos requiere el conocimiento y la gestión de las actividades del servicio. Los consumos de recursos deben de estar relacionados con los servicios y los clientes específicos. En caso de que la aplicación sea de forma convencional, es decir, sin tener en cuenta las diferencias que existen entre servicios y los clientes específicos, algunos costes son sobrestimados, mientras que otros son infraestimados, desvirtuando la información real.

El consumo de los recursos de las actividades debe de realizarse lo más eficazmente posible, aunque esto no quiera decir que la organización que consume mas recursos o tiene unos costes más bajos, sea necesariamente mejor. Cualquier otra forma de utilización dará lugar a un gasto innecesario.

La gestión de costes por actividad debe ayudar a identificar como una actividad en la organización contribuye a mejorar la eficacia en el proceso y promover la mejora continua con el fin de buscar permanentemente la excelencia.

Para obtener la excelencia de la organización los nuevos sistemas de gestión deben dar información a cerca de:

- forma de realización de las actividades,
- aportación de las actividades a la realización de los objetivos de la organización,
- cuales son los inductores de las actividades,
- los incentivos para la mejora de la eficacia.

5.- GESTION BASADA EN LA CALIDAD (ABM)

La gestión basada en la calidad es un sistema de gestión global de los procesos que orientan el contenido general del centro, con el objeto de conseguir la Excelencia del mismo.

Es importante conocer y comprender algunos conceptos que se utilizan en la gestión como:

- Tareas.

Es la combinación de elementos de trabajo u operaciones que componen una actividad, es decir, una tarea es la forma en que se realiza una actividad.

- Actividades.

Es el conjunto de tareas necesarias para la realización eficaz e integradora de los procesos dentro de todas las unidades de la organización, encaminadas a mejorar continuamente la entrega de los servicios que satisfagan las necesidades del usuario.

Una actividad describe lo que hace la organización, la forma en que emplea el tiempo y los recursos para alcanzar sus objetivos. Su función principal es convertir los recursos (humanos, materiales y tecnológicos) en productos / servicios.

En las organizaciones complejas las actividades se emplean para descomponer los procesos para que estos sean comprensibles y tratables. Las actividades, bien definidas, tienen el tamaño adecuado para su gestión desde el punto de vista del rendimiento para alcanzar la excelencia de la organización.

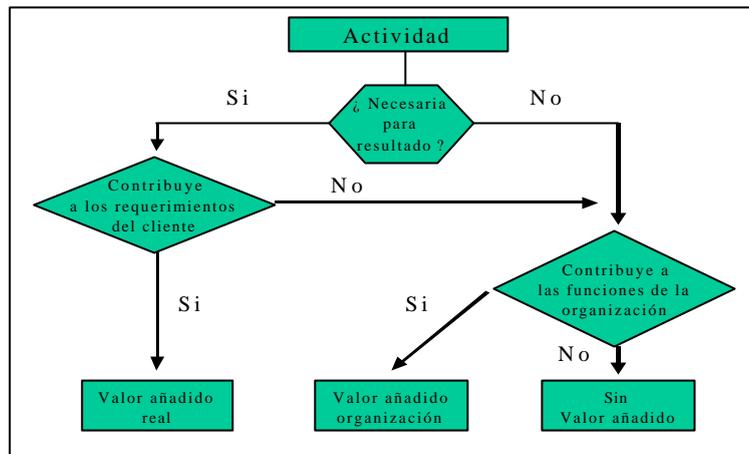
- Proceso.

Es un grupo de actividades interrelacionadas y que están caracterizadas por un número de tareas específicas que dan valor añadido al proceso, para producir un resultado óptimo.

Los procesos tienen límites bien definidos: conocer dónde empiezan y dónde acaban, tienen tiempos conocidos y deben ser definibles.

- Valor añadido.

Es el valor que se acumula cuando los recursos que se utilizan en las actividades avanzan dentro de un proceso de elaboración del producto / servicio. Es necesario valorar las actividades y eliminar aquellas que no añaden valor.



Referencia: "Como mejorar los procesos y la productividad" Amado Salgueiro AENOR

En el análisis de las actividades en el entorno de la Calidad Total, la gestión de la calidad es la coordinación de todos los procesos y recursos con el fin de obtener la satisfacción del usuario y del proveedor optimizando el coste. El enfoque de la gestión de la calidad total tiene dos objetivos: uno, hacer las cosas bien la primera vez, y, dos, trabajar para la mejora continua.

Comprende tres fases según Juran: planificación, control y mejora de la calidad.

a) Planificación de la calidad de los procesos. Es la actividad de desarrollo del proceso requerido para satisfacer las necesidades de los clientes. Se establece como centro del proceso el paciente.

Esta fase de planificación de la calidad en los procesos debe ser utilizada para diseñar un proceso nuevo o rediseñar un proceso ya existente.

Consta de varias etapas:

- Establecer un grupo de trabajo que soporte las funciones de la gestión de la calidad total.
- Identificar a los usuarios actuales y futuros.
- Determinar las necesidades y expectativas de los usuarios.
- Determinar el servicio capaz de cubrir las necesidades de los usuarios.
- Diseñar los procesos capaces de producir las características de dichos servicios.

b) Control de la calidad en los procesos. Es el proceso mediante el cual se establecen y se cumplen unos estándares. Se deben de examinar los procesos claves para disminuir las variaciones no deseadas.

Las etapas a seguir en esta fase son:

- Identificar los parámetros susceptibles de medición.
- Especificar las características de calidad.
- Elegir una unidad de medida.
- Establecer el valor normal o estándar.
- Crear el sensor.
- Realizar la medición real.
- Interpretar la diferencia entre la medida real y el estándar.
- Tomar una decisión.
- Actuar sobre las diferencias.

c) Mejora de la calidad en los procesos. Su objetivo es descubrir y eliminar los errores y pasar así a un proceso mejor, considerando como mejorable cualquier desempeño habitual.

Para obtener la mejora de la calidad se debe eliminar en lo posible la no – calidad en el desarrollo de las actividades, revisar los procesos (asistenciales, administrativos, de compras, mantenimiento, etc.) para reducir los índices de errores y fallos.

Las actividades a desarrollar son:

- Desarrollar una infraestructura necesaria para mejorar la calidad.
- Buscar las necesidades concretas o los proyectos de mejora.
- Establecer un grupo de trabajo para cada proyecto.
- Identificar las causas de los problemas.
- Establecer una acción correctora.

Para obtener la mejora de la calidad continua se aplicará el ciclo de Deming o ciclo de la mejora continua, que se basa en las acciones de planificar, hacer, comprobar y ajustar continuamente con el fin de obtener dicha mejora continua.

En el entorno de la ABM adquieren relevancia importante los sistemas de información, ya que los datos tienen una importancia esencial en la gestión de la calidad y han sido un aspecto de tremenda frustración en la mayoría de las organizaciones.

Un sistema de medidas on-line es el fundamento de la gestión integrada de procesos, debiendo cumplir estas medidas con las siguientes especificaciones mínimas:

- ✓ Debe ayudar a la toma de decisiones para la gestión.
- ✓ Ser comprensibles.
- ✓ Ser de amplia aplicación.
- ✓ Permitir la interpretación clara y uniforme.
- ✓ Estar bien definidas.
- ✓ Detectables con los indicadores de medición que posea la organización.

La implantación de un sistema de medidas para la obtención y análisis de datos, debe estar orientada a analizar las características de los usuarios con la finalidad de que el proceso asistencial pueda ser comparable (criterios de estratificación) y los productos finales (resultados) medibles.

Los pasos a seguir, una vez identificado el proceso a medir y definidas las actividades y tareas claves, son:

- diseñar el sistema de medida: tamaño de la muestra, variables del proceso, variables de resultados,
- obtener los datos,
- diseñar la representación e interpretación de datos,
- elaborar informes dirigidos a usuarios, proveedores y profesionales.

Por último, en el entorno de las Actividades Basadas en la Calidad, la implicación del personal en el proceso debe ser comprendida como relevante y estratégica, y se han de realizar programas de formación para que todos los profesionales adquieran conocimientos sobre el sistema, la gestión de procesos integrados y estrategia de la organización.

6.- CONTABILIDAD BASADA EN LAS ACTIVIDADES.

La Contabilidad Basada en las Actividades es una estructura que se utiliza para la medición y asignación de los costes en que se incurren para desarrollar las actividades necesarias hasta producir un servicio.

Algunos conceptos o ideas básicas relacionados con la filosofía de las actividades, que constituyen realmente pautas de actuación a llevar a cabo, son las siguientes:

✓ Gestionar las realizaciones, esto es, lo que se hace, más que lo que se gasta. Significa, en definitiva, la necesidad de controlar las actividades más que los recursos.

✓ Se debe intentar satisfacer al máximo las necesidades de los usuarios, por lo que ellos serán quienes realmente condicionen de alguna manera la forma de realizar algunas actividades o servicios.

✓ Se deben analizar las actividades como partes integrantes de un proceso de servicio, y no de forma aislada.

✓ Eliminar las actividades que no añaden valor a la organización, en lugar de mejorar lo que es realmente suprimible.

✓ Las actividades deben enmarcarse en un plan de actuación global.

✓ Respalda, comprometer y buscar el consenso de aquellos directamente implicados en la ejecución de las actividades, ya que es el personal quien realmente encuentra posibilidades de mejora y diferenciación en las actividades que realizan habitualmente.

✓ Se debe mantener un objetivo de mejora permanente en el acometimiento de las actividades, lo que equivale a efectuar la presunción de que siempre existe una forma de mejorar el desempeño de dichas actividades.

Un objetivo importante de la filosofía de las actividades es, en este sentido, la orientación hacia la gestión de las actividades en lugar de la gestión de los costes. Si se llega a generar una información adecuada y fiable, relativa a los trabajos o actividades superfluas (actuación que no genera valor añadido) en la organización, se podrá conseguir una importante reducción de las actividades, que en todo caso acarreará en mayor o menor medida una reducción de los costes.

El sistema ABC, en este contexto, aplica el concepto de análisis de las actividades para obtener un coste orientado al proceso y una información sobre las actuaciones que posibilite la mejora continua de tales procesos. A través de esta metodología se pretende distribuir los costes de las actividades en función de la demanda que los diversos servicios, usuarios o patologías han generado.

La metodología de esta herramienta puede proporcionar de esta forma a los decisores una visión clara al captar el coste de las actividades y asociar estos costes a nivel del proceso con criterios de ejecución. Esta metodología permite establecer las relaciones existentes entre el coste de las actividades y las características de los procesos, pudiendo llegar a disponer de una información de costes bastante precisa, tanto en relación con el producto servicio como con los procesos.

La metodología del sistema ABC implica un análisis integral de las características de la organización, y de los diversos procesos y servicios que se realizan, efectuando un seguimiento en la asignación de los costes desde las actividades a los servicios finales. Posteriormente se puede llevar a cabo una investigación de los escenarios alternativos que permitan una optimización de la gestión de los costes y de los esfuerzos de mejora de los procesos.

El análisis de costes basado en las actividades se podría resumir y sistematizar, a un nivel muy primario, en tres fases distintas:

A) En una primera fase, el análisis determina la estructura de las actividades existentes en una organización; esta estructura viene a configurar de alguna manera las unidades de responsabilidad de la organización, los trabajos individuales que se enmarcan en las actividades y los procesos por el cual se obtienen los productos y servicios. También incluye un análisis detallado de las actividades con el fin de determinar sus características.

B) Una segunda fase, genérica implicará la definición de las líneas maestras del modelo; esto requiere la asignación de los costes a aquellas actividades y procesos que los han consumido. Esta fase permite, asimismo, identificar aquellas que no aportan valor añadido distinguiéndolas netamente de las actividades que realizan una sustantiva aportación a los objetivos de mejora.

C) En la tercera fase, se modelarán y sistematizarán los costes del proceso de forma detallada. Esta fase puede servir de apoyo para generar estimaciones de costes que apoyan el proceso de adopción de las decisiones operativas.

Se trata, en resumen, de concebir un sistema de costes que permite vincular cada concepto de coste a una única actividad, puesto que lo que determina el consumo de los recursos son las tareas que deben acometerse y la forma en la que éstas se ejecutan. Los costes, por tanto, son consecuencia de la realización de determinadas actividades, las cuales, a su vez, son consecuencia de la obtención de los productos o servicios.

NOTA TECNICA Nº 3:

**GESTIÓN Y SISTEMAS DE EVALUACIÓN DE LA
CALIDAD**

INDICE

1. Evolución del concepto de gestión de la calidad
2. Metodologías de evaluación de sistemas de la calidad
 - 1.1 Inspección
 - 1.2 Auditorias
 - 1.3 Autoevaluación
3. Sistemas de Autorización, Acreditación y Certificación
 - 3.1 Autorización
 - 3.2 Acreditación
 - 3.3 Certificación
4. Premios a la excelencia empresarial
5. Modelo europeo para la gestión de calidad total
6. Bibliografía

1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

No se puede hablar de momentos claramente diferenciados en los que la Gestión de la Calidad, haya cambiado bruscamente. Más bien, ha sido la incorporación de nuevos conceptos de calidad que han ido sumándose y conviviendo con los ya existentes. Éstos son los que marcan las tendencias seguidas por la mayoría de las organizaciones en los sucesivos periodos, con las lógicas diferencias en tiempo e intensidad, según países.

Las instituciones sanitarias en donde no existían registros útiles para la práctica de la medicina ni para el seguimiento de los enfermos tratados a principios del siglo, introducen tras la revolución industrial avances técnicos sobre todo en la anestesia y en la cirugía e innovaciones organizativas que generaron en algunos profesionales sanitarios la inquietud por mejorar el funcionamiento de sus instituciones.

El Dr. Ernest Codman ya en 1910 explicó su sistema de evaluación de resultados finales al Dr. Edward Martín para determinar en cada paciente si el tratamiento había sido o no efectivo. Si el tratamiento no era efectivo el hospital podría analizar y prevenir que esto no ocurriera. Esta idea de Codman contribuyó a la formación del Colegio Americano de Cirujanos en 1913.

Posteriormente (1918–1919) E. Codman estableció los estándares mínimos y se inició el Programa del Colegio de Cirujanos de Estandarización de Hospitales. En lugar de medir los resultados finales, el programa midió el cumplimiento de los estándares que permitan conocer los resultados de la atención médica, y la profesionalidad del médico.

Para algunos autores, la **inspección** de la calidad iniciada por Ford en 1910, constituye el primer estadio en el desarrollo científico de la gestión de la calidad. La compañía Ford utilizaba equipos de inspectores para comparar los productos de su cadena de producción con los estándares establecidos en el proyecto.

Más tarde el aumento del uso de la tecnología obligó a introducir nuevos métodos de supervisión, y métodos específicos como el establecimiento de especificaciones escritas, desarrollo de estándares y métodos de medición apropiados que no precisaran la inspección cien por cien. Este desarrollo metodológico, "**Control Estadístico de Calidad**" se inicia con Shewart en 1931 y se retoma en 1946 con la fundación de la Asociación Americana para el Control de la Calidad (ASQC) formada por técnicos de control de calidad industrial.

En el sector sanitario esta etapa se ha desarrollado de forma más completa en servicios como análisis clínicos y radiología.

El **“Aseguramiento o Garantía de la Calidad”** surge como consecuencia del movimiento de protección de los consumidores y la necesidad de asegurar que los productos y servicios dados a los clientes cumplen, entre otros, estándares de seguridad y que son conformes con sus expectativas. Asimismo, las organizaciones necesitan tener un sistema de la calidad que les permita confiar en las actividades de los distintos procesos que se llevan a cabo.

El Aseguramiento de la Calidad en los servicios sanitarios abarca el período de 1960 hasta finales de los 80. La calidad que hasta este momento era un tema propio de la relación médico - paciente se transforma en un tema institucional debido entre otras a los siguientes hechos:

- A mediados de los sesenta, Donabedian adaptó a los hospitales de los EEUU, el vocabulario y los conceptos utilizados en el control garantía de la calidad industrial, estableciendo calidad de la estructura, del proceso y del resultado en los hospitales. Semejante aproximación ofrecía a los financiadores de los servicios sanitarios considerables posibilidades de control, en un sector sanitario regulado por el mercado, los derechos del consumidor y las demandas judiciales.
- Introducción de los Programas Medicare y Medicaid en los EE.UU., y el establecimiento de normas y regulaciones que deben cumplir los hospitales que suministren servicios a enfermos beneficiarios de dichos programas de asistencia.
- En los años 70, la acreditación en los EEUU se hace obligatoria para los centros que colaboran con el Medicare y se amplía como requisito para trabajar con otras entidades aseguradoras.
- La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), en los años 70, introduce entre otros los siguientes cambios:
 - Implantación de la auditoría médica en los hospitales. Consistía en un audit retrospectivo de la historia clínica en donde se analizan los resultados y a partir de ellos identificar posibles problemas asistenciales.
 - Se enfatiza más sobre la evaluación de los procesos asistenciales que en la estructura.

- En 1981 la JCAHO implanta el “Nuevo Estándar de Calidad”. Este estándar requiere que en el hospital se integren los comités de mortalidad, tejidos, transfusiones, antibióticos, etc., en un único sistema de auditoría. Asimismo el estándar obliga a que se establezcan medidas para la verificación de la práctica clínica, informe de incidentes, delimitación de privilegios y la elaboración de un plan de aseguramiento escrito.
- En 1982 se modifica el PSRO “Profesional Estándar Review Organization” (1972), que intenta vigilar la calidad técnica de la asistencia sanitaria prestada a los beneficiarios del Medicare y Medicaid en EE.UU.

Desde final de la II Guerra Mundial la Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses aprovechando las enseñanzas directas de los norteamericanos Deming y Juran, y utilizando los conceptos y métodos del Control de la Calidad que regían en la industria americana, desarrollan y establecen lo que denominan "**Control de la Calidad en Toda la Organización**" que los americanos traducen a principios de los años ochenta como "**Gestión de la Calidad Total**".

La Gestión de la Calidad Total no es una filosofía abstracta, pero tampoco existe una única forma para llevarla a la práctica. Cada organización debe encontrar su propia forma de poner en práctica esta Gestión de la Calidad Total. Sin embargo, de las experiencias llevadas a cabo por las organizaciones, se han podido extraer los elementos comunes que definen una implantación correcta:

- Centrada en la *satisfacción de las necesidades y expectativas de sus clientes*. Los clientes y sus necesidades conforman a la organización y a su trabajo.
- La *calidad* es el foco de atención de toda la organización.
- El trabajo en la *mejora continua* de sus procesos, para así incrementar la calidad de sus productos y servicios.
- Introducción de diversas fórmulas para la *participación de todo su personal en la mejora*, y de este modo mejorar la utilización de sus capacidades y conocimientos, para transformarse en una organización en aprendizaje continuo.
- Participar en el *aprendizaje social*, compartiendo sus conocimientos y prácticas con otras organizaciones.

La introducción de la Gestión de la Calidad Total implica la comprensión y la implantación de un conjunto de principios y conceptos de gestión en todos y cada uno de los diferentes niveles y actividades de la organización.

Los **principios** sobre los que se fundamenta la **Gestión de la Calidad Total** son:

- Enfoque sobre los *clientes*.
- Participación y trabajo en *equipo*.
- La *mejora continua* como estrategia general.

Estos principios se apoyan e implantan a través de:

1) Una **infraestructura organizacional** integrada, en donde los elementos principales son:

- *Liderazgo*.
- La *planificación estratégica*.
- La gestión de los *recursos*.
- La gestión de la *información*.
- La gestión de los *procesos*.
- La gestión de *proveedores*.

2) **Prácticas de gestión:**

- El diseño y desarrollo de una estructura organizativa.
- El desarrollo del personal.
- La definición de la calidad.
- El establecimiento de objetivos y su despliegue.

3) La aplicación de una gran variedad de **instrumentos o herramientas**.

- Ciclo PDCA, ciclo de la mejora continua
- Herramientas de calidad:
 - *Herramientas de Control de la Calidad:*
 - 1) Diagrama de Pareto
 - 2) Diagrama de causa y efecto
 - 3) Histogramas
 - 4) Gráficos de control
 - 5) Diagramas de dispersión
 - 6) Hoja de comprobación y de toma de datos, listas de chequeo.
 - 7) Diagrama de flujo

- *Herramientas de Gestión y Planificación de la Calidad.*
 - 1) Diagrama de relaciones
 - 2) Diagrama de afinidad
 - 3) Diagrama de árbol
 - 4) Diagrama matricial
 - 5) Diagrama de priorización
 - 6) Diagrama del programa de procesos de decisión.
 - 7) Diagrama de flechas, PERT (Program Evaluation and Review Technique) o Método del Camino Crítico (MCC).

- *Técnicas para un diseño robusto*
 - 1) Fiabilidad y Mantenibilidad
 - 2) Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)
 - 3) Diseño de experimentos
 - 4) Método Taguchi

- *Técnicas avanzadas*
 - 1) Quality Function Deployment (QFD)
 - 2) Dirección Hoshin

Las instituciones sanitarias se plantean la introducción de la Gestión de la Calidad Total, la cual se ha difundido más rápidamente en los últimos cinco años. De forma resumida los hechos más significativos de esta introducción han sido:

- 1) Introducción de la GCT a partir de 1985 en los E.E.U.U.:
 - Berwick 1988, y publicación en 1989 en el New England J. Medicine (320-53-56). "Continuous Improving and ideal in Health Care". Proyecto Nacional de Demostración, con Godfrey Roessmer.
 - Laffel y Bumental; publica en JAMA, las ventajas de una aproximación industrial de la calidad en los hospitales frente a la de aseguramiento de la calidad.
 - Joint Commission en 1989, establece la Agenda del Cambio, en donde se introducen los principios de la GCT.
 - Aplicación piloto de los criterios del Premio Baldrige a 45 hospitales privados en 1995.

2) En Europa la introducción ha sido más tardía:

- La Oficina Europea de la OMS en 1984 acuerda con todos los países europeos, las “Metas de Salud para todos, 2000”. En la Meta 31 se propone que *“Todos los estados miembros tienen que haber estructurado, para 1990, mecanismos que garanticen efectivamente la calidad de la atención al paciente en su propio sistema de salud”*.
- Plan de Garantía de Calidad Total en Atención Sanitaria, publicado en 1988 (INSALUD).
“Adecuar la gestión de los centros a las características de la organización asistencial y motivar a los profesionales de la salud para establecer un sistema que garantice la Calidad Total de los servicios prestados al usuario”
- Reino Unido. El Departamento de Salud establece un programa para promocionar iniciativas en GCT en 1989, dentro de su política de “Trabajando sobre los pacientes”.
- La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) en 1996, adopta los criterios del Modelo Europeo de Excelencia para el sector sanitario. Revisados en 1999.
- Establecimiento del Foro Europeo para la Mejora Continua de la Calidad en el sector sanitario (1996).
- El Comité de Ministros del Consejo de Europa en 1997, aprueba la recomendación (97) 17 acerca del “Desarrollo e Implantación de un Sistema de Mejora de la Calidad en la Asistencia Sanitaria”.
- La Unión Europea en 1998 y en el seno de la Conferencia Informal de Ministros de Salud recomienda una mayor cooperación entre los Estados Miembros para alcanzar los estándares más altos en la protección de la salud.

2. METODOLOGÍAS DE EVALUACIÓN DE SISTEMAS DE LA CALIDAD

Entendiendo evaluación como un proceso que nos permite analizar de forma sistemática la capacidad de la organización de cumplir con los requisitos especificados.

Se consideran las siguientes metodologías:

2.1 Inspección.

Es la evaluación de un producto o servicio mediante la información recogida en un reconocimiento sobre el estado de la organización en el cumplimiento y mantenimiento de unos requisitos previamente fijados.

El principal objetivo de la inspección es la fiscalización del cumplimiento de la legislación, o de unos requisitos previamente fijados. Cuando la inspección es llevada a cabo por el mismo individuo que realiza ese trabajo se denomina **Autoinspección**.

La inspección es utilizada como metodología de evaluación de estándares mínimos en los procesos de Autorización y de Homologación.

2.2 Auditorías de la Calidad.

Consisten en exámenes metódicos e independientes que se realizan para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad cumplen las disposiciones previamente establecidas, y si estas disposiciones están implantadas de forma efectiva y son adecuadas para alcanzar los objetivos.

Las auditorías de calidad se llevan a cabo por personas que no tengan responsabilidad directa en las áreas que se desean auditar, pero trabajando preferentemente con la cooperación del personal de esas áreas.

Uno de los objetivos de una auditoría de la calidad es evaluar si es necesario introducir acciones de mejora o correctoras.

Las auditorías de la calidad pueden realizarse para propósitos internos o externos denominándose auditorías internas o externas, respectivamente.

La **auditoría interna** se caracteriza por estar realizada a instancias de la dirección de una organización, al objeto de verificar que las actividades sujetas a comprobación y los resultados derivados de éstas cumplen con las disposiciones definidas al efecto. A su vez las auditorías internas pueden ser de dos tipos:

- Auditorías internas por personal de la organización
- Auditorías internas por personal externo

La **auditoría externa** es la evaluación que se realiza a una organización a instancias de una segunda o tercera parte. Las auditorías de segunda parte son auditorías desarrolladas por los clientes a sus suministradores de productos o servicios, fomentando así la confianza entre ellos. La auditoría de la calidad por tercera parte es la realizada por una organización independiente.

Con esta última opción, se garantiza el cumplimiento de los requisitos contenidos en las normas que se han seguido para la evaluación; se evita la incidencia de evaluaciones y se reduce la frecuencia y duración de las mismas. Este método de evaluación es utilizado para otorgar el reconocimiento formal en la Acreditación y en la Certificación.

2.3 Autoevaluación

Es un examen global, sistemático y regular de las actividades y resultados de una organización comparados con un modelo.

La autoevaluación permite a las organizaciones discernir claramente sus puntos fuertes y las áreas de mejora, y culmina en acciones de mejora planificadas y en el seguimiento del progreso realizado.

Esta metodología de evaluación es aplicada formalmente en los premios de excelencia. Sin embargo cualquier otro modelo puede ser utilizado por un centro sanitario para realizar su autoevaluación y así detectar los puntos fuertes y las áreas de mejora frente al modelo escogido.

“El Audit Médico” introducido por la Joint Commission en 1955 esboza los principales métodos de autoevaluación profesional que conducen a un aumento de la calidad asistencial ofrecida a los usuarios. Está basado en actividades de auditoría que se establecen sobre casos individuales y es realizado por los profesionales médicos pertenecientes a un mismo servicio. Este tipo de revisiones clínicas es llevado a cabo por parte de otros grupos de profesionales como enfermeras y paramédicos.

3. SISTEMAS DE AUTORIZACIÓN, ACREDITACION Y CERTIFICACION

En la actualidad existen distintos reconocimientos formales por los que puede optar una organización para demostrar la conformidad con requisitos de calidad previamente fijados, frente a la autorización que es una exigencia legal.

De esta forma podemos considerar los procesos de Autorización, Acreditación y Certificación, que presentan las siguientes características:

	AUTORIZACIÓN	ACREDITACIÓN	CERTIFICACIÓN
ORGANISMO	Administración Pública	Entidades públicas y privadas. Entidades de Acreditación	Entidades certificadoras
CARÁCTER	Obligatorio	Voluntario	Voluntario
BASE DOCUMENTAL	Legislación	Manual de Acreditación propio de la Entidad	Normas Internacionales ISO
ACTIVIDAD	No reconocida previamente	En funcionamiento	En funcionamiento
FINALIDAD	Preservar el interés público	Evaluar la competencia técnica.	Satisfacción del cliente con la asistencia prestada desde el diseño hasta el alta definitiva
ALCANCE EN LA ORGANIZACIÓN	La actividad regulada y los recursos necesarios para entrar en funcionamiento	Ensayos, calibraciones, organizaciones.	Sistema de la Calidad.
NIVEL DE ESPECIFICACIÓN	Mínimos	Máximos, fijados por la competencia del momento	Lo que establezca la organización sanitaria
QUIÉN FIJA LOS NIVELES	Administración	La Entidad de Acreditación	La organización sanitaria certificada

3.1 AUTORIZACIÓN

La Administración Pública, en salvaguarda de los intereses de los ciudadanos, puede establecer mecanismos de regulación que contemplen los criterios mínimos que deben cumplir las organizaciones o iniciativas individuales cuando éstas afectan a terceros individuos. Las organizaciones, cuyo fin sea la prestación de asistencia sanitaria, han de quedar por tanto claramente reguladas.

En consecuencia, podríamos deducir que el procedimiento de autorización al basarse en normativa legal tiene las siguientes características:

1. - *Obligatorio* para emprender la actividad sujeta a autorización.
2. - *Renovable* mientras dure la actividad sujeta a autorización; por tanto puede ser inspeccionada.
3. - *Periodicidad de la inspección* no fijada a priori, en función del número de relaciones Administración - Sujeto y recursos disponibles por parte de la Administración.
4. - *Tiene por objetivo*: Preservar el interés público, entendiendo por tal, tanto el interés de la parte solicitante o emprendedora de la actividad, como el de terceras personas que pudieran entrar en relación por uno u otro motivo con el autorizado.
5. - Formar parte de las actividades de regulación responsabilidad de la Administración Pública.

En España, en lo que se refiere a la Autorización para la creación, construcción, modificación, adaptación o supresión de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios la competencia está transferida a las Comunidades Autónomas, según se reflejan en sus propios estatutos con la atribución de desarrollo legislativo en el marco de la Legislación básica del Estado, incluyendo la potestad reglamentaria de ejecución.

3.2 ACREDITACIÓN

La acreditación adquiere diferentes significados según hablemos de:

1. La acreditación en el marco de la Unión Europea.
2. Las actividades de acreditación en el sector sanitario.

3.2.1 Acreditación en el marco de la unión europea

La Acreditación significa reconocimiento de la competencia técnica de una entidad. La Acreditación definida por la ISO/CEI Guía 2 es “el procedimiento por el que un Organismo Aceptado da un reconocimiento formal a una Organización o persona de que es competente para desarrollar tareas específicas”.

Se trata de evaluar la competencia técnica de organismos responsables de certificación, ensayo, calibración e inspección para desarrollar su labor con arreglo a requisitos reconocidos internacionalmente. De esta forma, la organización es capaz de probar que su actividad y los informes o certificados que dan son seguros y fiables.

Las entidades de acreditación son organizaciones privadas sin ánimo de lucro, que se constituyen con la finalidad de acreditar en el ámbito estatal a las entidades de certificación, laboratorios de ensayo y calibración; y entidades auditoras y de inspección que actúen en el **campo voluntario** de la calidad.

Normalmente se autorizan entre ellos mismos, o por una entidad cercana a ellos. A menudo su “status” ha sido reconocido por el gobierno nacional o autoridades nacionales y definido en las leyes.

En España la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) es una Asociación auspiciada y tutelada por el Ministerio de Industria y Energía (MINER), que coordina y dirige en el ámbito nacional un Sistema de Acreditación conforme a normas internacionales. La Entidad Nacional de Acreditación fue reconocida y designada en el Real Decreto 2200/1995.

Las entidades nacionales de acreditación han formado parte de la EAC (European Accreditation of Certification) y a la EAL (European Co-operation for Accreditation of Laboratories). La EAC y la EAL se han integrado y han formado la EA (European Co-operation for Accreditation) en noviembre de 1997.

Las Entidades de Acreditación evalúan su competencia entre ellas a través de evaluaciones internacionales siguiendo como criterios de evaluación los estándares de las normas europeas:

- EA 45003. Criterios generales para las entidades de acreditación de laboratorios.
- EN 45010. Requisitos generales para la evaluación y acreditación de entidades de certificación.

Las entidades de acreditación participan en reuniones internacionales para consensuar los procedimientos y sus interpretaciones para asegurar que la acreditación se está llevando a cabo conforme a principios uniformes en los diferentes países.

3.2.2 Sistemas tradicionales de acreditación en el sector sanitario

En algunos países existen sistemas de acreditación de hospitales y organizaciones sanitarias es el caso de Estados Unidos, Canadá y Australia. La función e influencia de los sistemas de acreditación varía con el contexto social, económico y político de los servicios de salud en que operan.

Estos criterios y sistemas de auditorías no forman parte de la EA (European Co-operation for Accreditation) y normalmente no requieren cumplir con estándares internacionales.

El proceso de acreditación basado en un documento elaborado y publicado por una Organización de Acreditación tiene las siguientes características:

1. Puesto que no regula una actividad no reconocida es un acto meramente *voluntario*.
2. Reconocimiento con una periodicidad establecida por la organización; por lo tanto sometido a revisión, auditoría, etc., en los períodos que la Organización indique.
3. Objetivo de la acreditación: no es preservar el interés público, sino establecer la Competencia (Estado del Arte) en realizar una tarea y distinguir por ello. Por tanto se está evaluando un grado determinado de calidad, en definitiva se procede a una clasificación o diferenciación de las actividades autorizadas.

a) ACREDITACIÓN DE LA JCAHO

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), se funda en el año 1951 como consecuencia de la fusión entre el Colegio Americano de Cirujanos, Colegio Americano de Médicos, la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Médica de Canadá.

La JCAHO es una organización independiente, sin ánimo de lucro, dedicado a la mejorar la calidad de la asistencia de las organizaciones sanitarias. Para llevar a cabo este objetivo evalúa, acredita, aconseja y establece los requisitos que han de cumplir los centros asistenciales.

En el año 1953 la JCAHO publica el Manual de estándares para la acreditación de hospitales. Los estándares de actuación que plantea están consensuados y reconocidos en el ámbito internacional por los técnicos y profesionales de la salud.

En la década de los sesenta se dicta la ley que da origen al Medicare. Las organizaciones que cuentan con la acreditación de la Joint Commission tienen derecho a solicitar el reembolso a Medicare.

En la década de los ochenta se introduce la “Agenda del Cambio” de la Joint Commission, la cual establece entre otros, una reformulación de los estándares enfatizando en el rendimiento de la organización, rediseño del proceso de encuestas para instaurar un sistema más interactivo de evaluación y capacitación in situ, y el desarrollo del Sistema de medición por indicadores.

En 1992 se pone énfasis en la actuación global que promueva una mejora continua de toda la organización.

Un año después se inicia una revisión de los estándares que finaliza en 1995 con el resultado de 483 estándares que se centran en el paciente y se crean indicadores que midan la capacidad de actuación en ese sentido.

Según WF Jesse, miembro de la JCAHO, el proceso de acreditación implica la evaluación de la estructura organizativa de un hospital y la provisión de asistencia, en comparación con los estándares profesionales contemporáneos para determinar si un hospital cumple un número suficiente de estándares para merecer el certificado de acreditación.

Los **objetivos** que persigue este modelo son facilitar el proceso de evaluación de los centros sanitarios, basado en unos estándares que ayudan a medir, evaluar y mejorar su actuación.

Los estándares tratan aquellas funciones y procesos relacionados con la asistencia al paciente, que son esenciales para prestar una asistencia de calidad y un entorno seguro al paciente.

El Manual de estándares establece el marco para la mejora de la actuación. Se trata de un proceso continuado que contempla las actividades esenciales de los enfoques de mejora y ofrece flexibilidad para diseñar y poner en práctica procesos de mejora.

Actividades que plantea:

- Diseño del proceso.
- Medición mediante la recogida sistemática de datos del proceso por equipos multidisciplinares.
- Evaluación de los datos para extraer conclusiones de la situación actual y decidir oportunidades de mejora.
- Mejorar el proceso rediseñándolo para conseguir los objetivos fijados.

Para facilitar el análisis de toda la organización el **Manual de Acreditación** se estructura en 11 funciones que atraviesan la organización de forma horizontal interfiriendo en cada uno de los departamentos o servicios.

Al mismo tiempo las funciones están agrupadas en:

- funciones centradas en el paciente:
 - derechos del paciente y ética de la organización
 - asistencia a los pacientes
 - educación
 - continuidad de la asistencia
- funciones enfocadas en la actuación:
 - mejorar la actuación de la organización
 - liderazgo
 - gestión del entorno de la asistencia
 - gestión de los recursos humanos
 - gestión de la información
 - vigilancia, prevención y control de la infección
- funciones centrada en los órganos de dirección de los centros:
 - gobierno
 - dirección
 - enfermería

En definitiva, el Modelo de la Joint Commission lo que persigue es:

- ✓ Desarrollar los estándares que permitan llegar a un consenso en los aspectos estructurales y organizativos del hospital
- ✓ Crear el proceso que permita revisar e identificar deficiencias
- ✓ Una valoración externa sobre la organización y posibles vías de mejora
- ✓ Facilitar el benchmarking con otros centros acreditados aumentando la competitividad.

b) Canadian council on health facilities

El organismo acreditador en Canadá es el Consejo Canadiense de Acreditación de Establecimientos de Salud, organismo independiente, sin ánimo de lucro, creado por asociaciones médicas y colegios profesionales. Antes de 1952, Canadá participó en el programa de acreditación de los Estados Unidos.

El Consejo es dirigido por la Junta de Directores, subdividida ésta en comités.

En el desarrollo de los estándares es empleado un amplio proceso, que ha incluido a varios comités en los que han participado numerosos profesionales y los centros sanitarios.

Los estándares que se desarrollaron en 1992 evaluaban aspectos de calidad relacionados con la estructura, los procesos y alguna valoración de los resultados. El nuevo programa desarrollado en 1995 tiene un enfoque centrado en el cliente y está basado en los principios del aseguramiento de la calidad y en la mejora continua de los servicios prestados. Los estándares están centrados en el cliente y en los procesos necesarios para promover la excelencia en la atención al enfermo.

El proceso de acreditación está basado en una *autoevaluación* usando los estándares nacionales. Posteriormente se realiza una visita por el equipo auditor que verifica el cumplimiento de los estándares.

El cambio de un enfoque de estándares que evalúan la calidad de los centros en sus aspectos de estructura a aspectos de proceso y resultados ha ayudado a aumentar la valoración del proceso de acreditación.

Los objetivos del Consejo son ayudar a los establecimientos de salud en Canadá a proveer excelentes servicios y a usar sus recursos de forma eficiente, de acuerdo con los siguientes valores:

- Respeto hacia las personas
- Honestidad, integridad y confianza
- Autoevaluación continua
- Consulta continua con organizaciones sanitarias
- Trabajo en equipo y enfoque interdisciplinario
- Responder a las necesidades del cliente y superar sus expectativas
- Mejorar la calidad
- Énfasis en resultados

El **Manual de Acreditación** establece un marco metodológico que enfatiza en los principios de mejora continua centrados en el cliente. En él se evalúan los procesos importantes haciendo hincapié en los resultados y dando menor importancia a los aspectos estructurales.

Este Manual promueve a todos los niveles el trabajo en equipo.

El Manual de acreditación de 1995 se compone de seis grandes áreas:

- 1) Establecimiento de direcciones estratégicas
- 2) Cuidado del paciente (en cada servicio clínico)
- 3) Actualización de las direcciones estratégicas
- 4) Gerencia de sistemas de información
- 5) Gerencia y desarrollo de recursos humanos
- 6) Gerencia de instalaciones y aspectos de hostelería.

c) El consejo australiano de estándares en atención a la salud

La acreditación hospitalaria en Australia comenzó en 1923 (Duckett, 1983) a partir de la posibilidad de financiación por parte de los gobiernos de Nueva Gales del Sur y Victoria de la introducción del sistema de EE.UU., pero no se logró el apoyo suficiente.

En 1946 y en 1959 se realizaron nuevos intentos, pero hasta 1974 el Consejo Australiano de Asistencia Sanitaria no estuvo en condiciones de establecer sus estándares.

En 1989, el Consejo Australiano introdujo el Programa de Evaluación de la Asistencia, concebido para incrementar la participación de los clínicos en la garantía de Calidad (Collopy, 1990) e incorporar indicadores clínicos al proceso de acreditación. En ello han logrado el éxito y en la actualidad participan 16 Colegios Médicos.

También Australia se ha centrado en la gestión de la atención a los pacientes y ha modificado sus estándares hacia formas más dinámicas con el fin de abordar los procesos que afectan a cada paciente, desde su ingreso, durante su estancia, al alta y durante su seguimiento.

Por otra parte, el cambio del punto de vista de las relaciones entre profesionales y pacientes, y el papel de los derechos de los consumidores en el proceso asistencial obligó a reconsiderar su función como responsabilidad pública. Todo ello derivó a redefinir la función y la finalidad de su sistema de acreditación, en particular lo que afectaba a la relación médico - paciente.

El programa de acreditación fue diseñado para “asegurar a los grupos interesados que los profesionales sanitarios consideraban su responsabilidad en la dirección de los criterios de sus miembros” (Australian Council on Hospital Standards, 1978).

En 1991 y respondiendo a los cambios en los enfoques de la calidad, el Consejo revisó completamente su estándar de garantía de la calidad, llamándolo “Actividades en Calidad”. Se pasó del énfasis en la revisión clínica (auditoría médica) a requerir una aproximación a la gestión de la calidad en la totalidad de la organización.

Al igual que en otros países en cada Estado se concede una financiación más elevada si el hospital está acreditado, y también muchas compañías de seguros modifican sus tarifas si el centro está acreditado.

d) Acreditación hospitalaria en España;

- ACREDITACIÓN DE CENTROS SANITARIOS EN CATALUÑA

La Comunidad Autónoma de Cataluña establece la normativa propia en materia de acreditación de centros sanitarios en la Orden del 25 de Abril de 1983.

El programa de acreditación es llevado a cabo por el Departamento de Sanidad de la Generalitat para la concertación de servicios asistenciales con la administración pública.

Entre otras cabe destacar como características de este programa de acreditación las siguientes:

- 1) Obligatoriedad del programa de acreditación en los centros sanitarios de Cataluña.
- 2) Los auditores encargados de la visita de acreditación son inspectores contratados por el Gobierno Autonómico.

- ACREDITACIÓN DOCENTE

En 1987 el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de su Dirección General de Planificación Sanitaria, pone en marcha un nuevo procedimiento para la acreditación de hospitales para docencia postgraduada, que representa el inicio formal de un Sistema Estatal de Acreditación.

El sistema implantado posee los rasgos fundamentales de la Acreditación de Centros Sanitarios, que son:

- 1) Carácter voluntario.
- 2) Visita de inspección al Hospital, realizada por un equipo externo de auditores.
- 3) Utilización de un instrumento objetivo y cuantificable de referencia: criterios y estándares.
- 4) Dictamen de Acreditación por un Organismo independiente.

El dictamen de acreditación puede otorgar la calificación de:

- 1) favorable durante tres años,
- 2) la acreditación condicionada por un año y supeditada a la resolución de los problemas y deficiencias detectadas,
- 3) o bien puede denegar la acreditación solicitada o ya existente.

PAÍS	ORGANISMO	FINES	FINANCIACIÓN	COMITÉ ACREDITADOR	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS
EE.UU	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (1951)	Garantía de Calidad Mejorar la asistencia al paciente. Concertar con Gobierno y Aseguradoras	Autofinanciación	Representantes de Asociaciones y colegios Profesionales. Asociaciones de Hospitales Representantes de los Usuarios	Auditoría Auditores propios (médicos, enfermeras, gestores) Honorarios: Pagados por la JCAHCO	Tiempo de validez por 3 años Acreditac. Provisional, condicionada a resolver las recomendaciones
CANADÁ	Canadian Council of Health Facilities Accreditation (1958)	Promover la calidad y mejorar los cuidados al paciente y familia Uso eficiente de recursos Requisito previo a la docencia Asesoría, formación y mejora continua Influye en la concesión de inversiones del Gobierno	Autofinanciación	Representantes de AA. y Colg. Profesionales Asociaciones de hospitales Consejo de Directivos de los servicios de salud Representantes de los usuarios.	Autoevaluación + Auditoría (1-3 días) Profesionales activos en el sector (médicos, enfermeras, y gestores) No reciben honorarios adicionales.	Tiempo de validez por 2 años 2 años con revisión 3 años 3 años con revisión 4 años.
AUSTRALIA	Australian Council on Health Services Accreditation (1974)	Garantía de calidad	Mixta: Autofinanciación + Fundaciones	AA. Profesionales Gobierno Representantes de los usuarios.	Autoevaluación + Auditoría (1-5 días) Profesionales activos en el sector (médicos, enfermeras, y gestores) No reciben honorarios.	Tiempo de validez por 1 año (provisional) o por 3 años (completa)
ESPAÑA	Generalitat de Cataluña	Mejorar la calidad Requisito para integrarse en la red pública o concertar	Gobierno Regional	Representantes de la Administración Autonómica Colegios Profesionales y Asociación de Hospitales	Autoevaluación + Auditoría Personal propio (médicos inspectores) Honorarios: Autoridad Sanitaria Regional	Tiempo de validez por 3 años
	Programa de Acreditación docente por el Ministerio de Educación y Ciencia y el Ministerio de Sanidad y Consumo	Requisito para autorizar la docencia post - grado	Gobierno Central	Consejo Nacional de Especialidades Médicas: representantes de la Administración y de los profesionales	Autoevaluación + Auditoría Personal propio (médicos inspectores) Honorarios: Autoridad Sanitaria	Tiempo de validez por 1 año condicionado o por 3 años

3.3 CERTIFICACIÓN

La certificación es un procedimiento, por el cual una tercera parte (empresa certificadora) asegura por escrito que un sistema de la calidad de una organización, persona, producto, proceso o servicio es conforme a los requisitos especificados.

Las entidades de certificación pueden ser organizaciones públicas o privadas, con personalidad jurídica propia, que se constituyen con la finalidad de establecer la conformidad solicitada con carácter voluntario, de una determinada organización, producto, proceso, servicio o persona con los requisitos definidos en normas o especificaciones técnicas.

Estas entidades de certificación deberán demostrar su imparcialidad y competencia técnica, cumpliendo las siguientes condiciones:

1. Ser acreditada por una entidad de acreditación con reconocimiento de la Unión Europea e internacional.
2. Deberá cumplir la norma de la serie EN 45000 que le sea de aplicación según la actividad de certificación que desarrolle:
 - EN 45011 (UNE 66.511) Entidades de Certificación Productos
 - EN 45012 (UNE 66.512) Entidades de Certificación de Sistemas de la Calidad.
 - EN 45013 (UNE 66.513) Entidades de Certificación de Personal.

Las entidades de certificación de Sistemas de la Calidad, además de la norma EN 45012, deben cumplir la UNE-EN-ISO 10011 que es la “Guía para auditar sistemas de la calidad que incluye: auditoría, criterios para cualificación de los auditores y gestión de los programas de auditoría”.

Cuando se trata de la certificación de un Sistema de la Calidad de una organización los estándares ante los que se evalúa son las normas:

- UNE-EN-ISO 9001. Modelo para el aseguramiento de la calidad en el diseño, el desarrollo, la producción, la instalación y el servicio posventa.
- UNE-EN-ISO 9002. Modelo para el aseguramiento de la calidad en la producción, la instalación y el servicio posventa.
- UNE-EN-ISO 9003. Modelo para el aseguramiento de la calidad en la inspección y los ensayos finales.

Las organizaciones sanitarias pueden ayudarse con la ISO 9004-2 que proporciona una guía para establecer e implantar un sistema de la calidad dentro de una organización. Los conceptos, principios y elementos del sistema de la calidad descritos en esta guía se aplican a todo tipo de servicios, y son adecuados tanto para grandes como para pequeñas organizaciones.

Las normas de la serie ISO 9000 tienen como **objetivo** primordial implantar un sistema de calidad que garantice el cumplimiento de una serie de requisitos definidos de calidad para establecer mecanismos que den consistencia a los diferentes procesos de la organización.

Los sistemas de calidad pueden ser evaluado por un organismo certificador que de fe de la existencia de sistemas que garantizan la calidad de los procesos de la empresa. Con ello la empresa obtiene los siguientes beneficios:

- Le facilita la penetración en el mercado, ya que la obtención de la certificación es un elemento diferenciador y da credibilidad a la calidad del servicio o producto que ofrece.
- Garantiza la calidad de su producto al cliente con lo que este puede disminuir el control de la calidad en la recepción del producto.

Teniendo en cuenta los tipos de procesos u organizaciones del sector sanitario que pueden ser objetos de implantación, nos centraremos en la Norma ISO 9001.

Los criterios en que se basa la evaluación son denominados por la Norma como requisitos, que se dividen en 20 apartados.

1. Responsabilidades de la dirección.
2. Sistema de la calidad.
3. Revisión del contrato.
4. Control del diseño.
5. Control de la documentación y de los datos.
6. Compras.
7. Control de los productos suministrados por los clientes.
8. Identificación y trazabilidad de los productos.
9. Control de los procesos.
10. Inspección y ensayo.
11. Control de los equipos de inspección, medición y ensayo.
12. Estado de inspección y ensayo.

13. Control de los productos no conformes.
14. Acciones correctoras y preventivas.
15. Manipulación, almacenamiento, embalaje, conservación y entrega.
16. Control de los registros de la calidad.
17. Auditorías internas de la calidad.
18. Formación.
19. Servicio posventa.
20. Técnicas estadísticas.

En España, existen un total de 4.484 empresas certificadas según datos del Centro Nacional de Información de la Calidad de la Asociación Española para la Calidad recabados el día 14 de Mayo de 1998 en los diferentes sectores de actividades.

En el sector 38 de la EA (European Co-operation for Accreditation) "Actividades sanitarias y veterinarias, asistencia social", han sido certificadas quince organizaciones:

ÁMBITO	Nº DE EMPRESAS CERTIFICADAS
Servicio de Asistencia Sanitaria Domiciliaria	3
Servicio de Hemodiálisis	3
Servicio de Urgencias y Emergencias	1
Servicio Médico de Análisis Clínicos	4
Cirugía Ambulatoria	1
Residencias de Personas Mayores	1
Laboratorio de Oftalmología	1
Distribuidoras Médico Quirúrgicas	1

4. PREMIOS A LA EXCELENCIA EMPRESARIAL

Desde principios de esta década existe una aproximación a la Gestión de la Calidad Total a través de la concesión de premios y galardones de excelencia empresarial. Así en las tres áreas geográficas más desarrolladas del mundo, Japón, Estados Unidos y Europa Occidental surgen modelos que son utilizados por las organizaciones para implantar la Gestión de la Calidad Total, en busca de la excelencia.

Históricamente el primer modelo surge en Japón en 1951, a través del establecimiento del Premio Deming por la Unión de Científicos e Ingenieros. Este modelo enfatiza en el control de los procesos como instrumento que va a permitir garantizar unos productos y servicios de calidad, utilizando como estrategia la implantación del control de la calidad en toda la organización.

Posteriormente en 1987, se establece el Premio Nacional a la Calidad Baldrige en Estados Unidos, promovido por el Departamento de Comercio y como respuesta a la intensa competitividad industrial. El modelo Baldrige se centra en la satisfacción de los clientes externos (usuarios) como medio para la mejora de la competitividad y por tanto establece como máxima que la calidad viene definida por los usuarios.

En Europa, a partir de 1988 la European Foundation for Quality Management ha desarrollado el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad que desde 1995 se extendió al sector público y ha avanzado en una primera adaptación a los sectores de la administración pública, la educación y la sanidad, si bien su adaptación también sigue en desarrollo en nuestro entorno. Este Modelo se caracteriza por la búsqueda de la satisfacción de los clientes externos (usuarios), en los clientes internos (personal de la organización) y en la creación de una imagen positiva de la organización en la comunidad en la que reside.

En sus inicios esta Fundación fue creada por catorce empresas líderes en su sector, como la Renault y la Fiat, que trabajaron en el Modelo de Calidad Total, creando en 1991 el Premio Europeo de Calidad con el apoyo de la Organización Europea para la Calidad y la Comisión Europea.

Este Premio se presentó por primera vez en 1992, se otorga anualmente y consta de:

- **Galardón Europeo a la Calidad**, que se concede a las organizaciones que demuestren excelencia en la gestión de la calidad.
- **Premio Europeo de Calidad**, que se concede al mejor entre los que han obtenido los galardones.

Desde 1.995 las organizaciones del sector público pueden competir por este premio

En España como reconocimiento a las empresas españolas que más se hayan distinguido en la mejora de sus factores de competitividad el Ministerio de Industria y Energía y el de Comercio y Turismo convocan **los Premios Príncipe Felipe a la Excelencia Empresarial**.

5.- MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA

En 1988, 14 empresas europeas se asociaron para crear la Fundación Europea para la gestión de la calidad (EFQM) con el objetivo de dotarse de una ventaja competitiva, en un mercado europeo cada vez más exigente, que demanda calidad y excelencia en los productos y servicios.

El Modelo Europeo de Excelencia se basa:

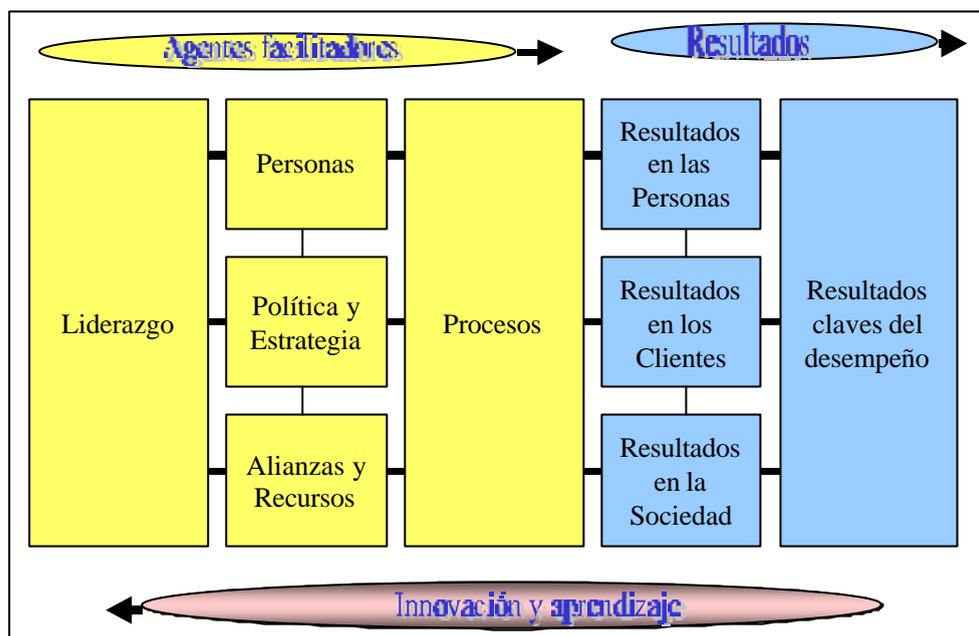
* en ejercer:

- un liderazgo evidente en todos los niveles de la organización,
- una implicación clara a través de una estrategia coherente
- una gestión adecuada de los recursos: los humanos, en primer lugar, los económicos, la información, etc.
- y tener identificados, definidos y controlados los procesos claves de la organización,

* para:

- satisfacer las expectativas del personal, los clientes y la sociedad, y
- obtener unos buenos resultados en la organización.

El Modelo Europeo de Excelencia establece nueve criterios básicos, cinco hacen referencia a los agentes facilitadores (conjunto de criterios relevantes para la consecución de la excelencia en los resultados de la organización) y cuatro a los resultados (criterios que permiten valorar lo que se ha conseguido o está logrando la organización).



Los conceptos fundamentales del Modelo Europeo de Excelencia enfocados desde la visión del sector público son los siguientes:

FUNDAMENTOS DEL MODELO EUROPEO
<ul style="list-style-type: none"> a) Orientación al Cliente b) Asociación con proveedores c) Desarrollo e implicación de los profesionales d) Procesos y hechos e) Mejora continua e innovación f) Liderazgo g) Ética y responsabilidad h) Orientación hacia resultados

a) Orientación al Cliente.

El modelo toma como punto de mira de las organizaciones al cliente, considerando a este como todas las personas (cliente externo e interno) que se benefician directamente de las actividades que desarrolla la organización.

b) Asociación con proveedores.

El modelo propone unas relaciones con los proveedores (personas, organizaciones que suministran servicios o conocimientos) basadas en la confianza y en la integración, generando con ello mejoras y valor añadido a los clientes y proveedores.

c) Desarrollo e implicación de los profesionales.

Según el modelo en la organización debe existir un conjunto de valores compartidos, clima de confianza, delegación de responsabilidades, comunicación, formación y desarrollo profesional, etc.

d) Procesos y hechos.

Las actividades se gestionan ordenadas en cada uno de los procesos, existe un responsable definido de cada proceso y la gestión se basa en hechos, medición sistemática y disponibilidad de información.

e) Mejora continua e innovación.

El modelo trata de fomentar creatividad e innovación, basando la mejora continua en la autoevaluación y en la formación para acometer las acciones de mejora necesarias.

f) Liderazgo.

Los que tienen responsabilidades han de ejercer el liderazgo ya que deben impulsar el cambio hacia la Calidad Total.

g) Ética y responsabilidad.

Factor fundamental en la organización ya que debe de servir de impulso al personal para esforzarse dentro de un proceso de mejora continua en los servicios que presta a los ciudadanos.

h) Orientación hacia los resultados.

El modelo considera los resultados, no sólo como resultados económicos, sino como mejora global de la organización en todos los aspectos que la componen.

El Modelo Europeo de Excelencia permite a una organización establecer un enfoque y un marco de referencia objetivo, riguroso y estructurado para el diagnóstico de la misma, y proporciona una herramienta para lograr establecer las líneas de mejora continua hacia las que debe dirigirse la organización. Además, permite compararse con otras organizaciones similares consideradas las mejores.

La propia EFQM, en un proceso de mejora continua, abrió un debate permanente de retroalimentación con los usuarios del Modelo en búsqueda de una permanente actualización del mismo. El objetivo era mantener el Modelo actualizado y vivo, centrándose en aquellos aspectos de excelencia que están teniendo una importancia creciente: gestión de proveedores y gestión del conocimiento. Al mismo tiempo, se buscaba enfatizar el valor del ciclo PDCA en la gestión empresarial y resaltar la necesidad de establecer indicadores que señalen fielmente y, en cada momento, como una organización esta evolucionando respecto a la política y estrategia.

El resultado de este proceso de mejora fue presentado en Ginebra el 21 de abril de 1999, siendo las principales innovaciones del modelo mejorado:

- mayor énfasis en el cliente y otros grupos de interés,
- subrayar la necesidad de enfatizar la cadena de valor,
- reflejar la creciente importancia de la gestión del conocimiento dentro de la organización, el aprendizaje de la cultura corporativa y la innovación,
- destacar la necesidad de que toda la actividad de la organización esté en concordancia con los objetivos, política y estrategia de la misma.

En cuanto a la estructura, se ha respetado la existente: nueve criterios divididos en diferentes subcriterios y a su vez agrupados en dos grandes áreas interrelacionadas: agentes y resultados. Sin embargo, se añade una nueva flecha al proceso: innovación y aprendizaje.

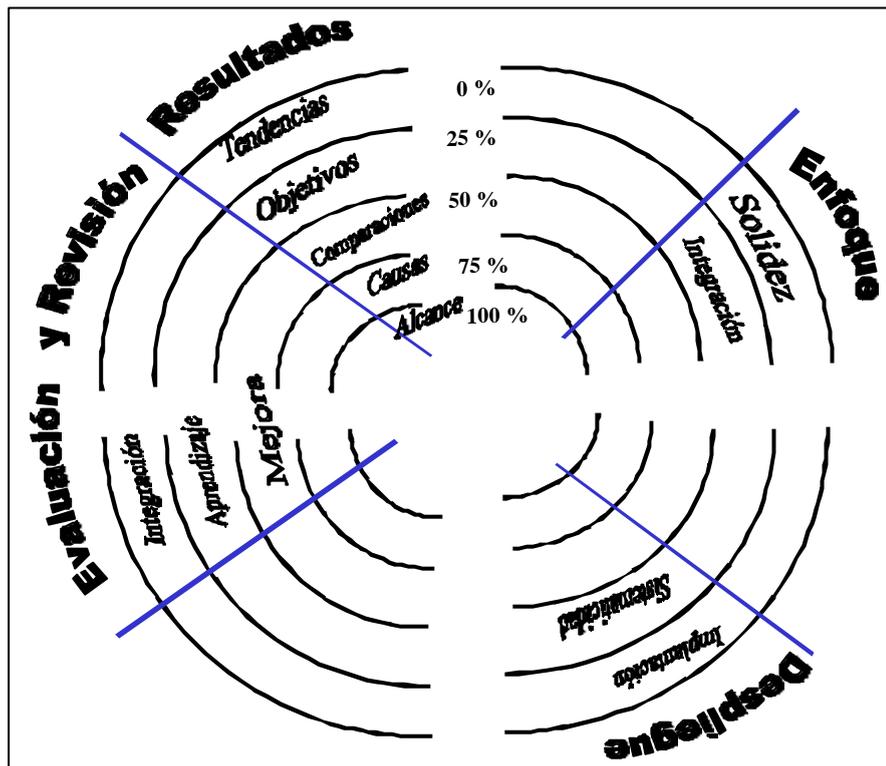
Otra de las novedades que incluye el nuevo Modelo es la modificación del sistema de puntuación. Sobre la base del sistema existente, se ha establecido un sistema de puntuación, denominado REDAR (Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Resultados), que trata de hacer más explícita y sistemática la evaluación.

Todos los criterios agentes son puntuados teniendo en cuenta tres aspectos:

- a) Enfoque: valorando la solidez e integración del mismo, es decir, la racionalidad, el diseño y capacidad de los procesos.
- b) Despliegue: se valora la consistencia y sistematicidad en que el enfoque ha sido desplegado.
- c) Evaluación y revisión: valorando la existencia de medidas eficaces en que se ha desplegado el enfoque. En este punto se intenta hacer más evidente el ciclo DPCA y establecerlo como rutina lógica en todas las organizaciones.

En cuanto a los criterios de resultados, la puntuación se establece valorando:

- a) La tendencia positiva y continuada de los mismos, el cumplimiento de los objetivos agrupados, su consistencia en comparación con otras organizaciones similares y la relación causa – efecto, entre lo realizado y lo realmente obtenido.
- b) El ámbito de aplicación de la misma, de forma que considere las áreas relevantes.



6. BIBLIOGRAFÍA

- Hornsby JA.: Hospitals as they are: The Hospital problem of today – what is it? Bull Am Coll Surg 1917; 1:4-11.
- James S. Roberts, MD, Jack G. Coale MA: A history of the Joint Comisión on Accreditation of Hospitals. JAMA, Aug 21, 1987, vol 258, Nº 7.
- Shiba S., Graham A., Walden D.: TQM: Desarrollos avanzados. Cuatro revoluciones en el pensamiento sobre dirección. Madrid: TQG Hoahin, 1995.
- Pola Maseda A.: Auditorías Internas del Sistema de Calidad ISO 9000. Madrid: CDN Ciencias de la Dirección, 1996.
- Anttalainen MSc E.: Registration, certification and accreditation in European health care: regarding some terms used in discussions on quality, finish experiences concerning ISO 9000 systems in health care. Third European Forum on Quality Improvement in Health Care; 1998, Abril; Vienna.
- GUÍA ISO/CEI 2: 1991. Términos generales y sus definiciones relativas a la normalización y actividades relacionadas. Madrid, AENOR, 1991.
- Manual de Estándares de Acreditación de Hospitales. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian, 1998.
- Standards for acute – care organization. A Client – centred Aproach. Canadian Council on Health Services Accreditation, Ontario 1995.
- The ACHS Accreditation Guide. Standards for Australian Health Care Facilities 13 th Edición for Surveys after January, 1995.
- Boletín Oficial del estado. Real Decreto 2200/1995, por el que se aprueba el Reglamento de la infraestructura para la Calidad y la Seguridad Industrial. B.O.E. núm. 32, 6 de febrero de 1996.
- EN 45011 (UNE 66511). Criterios generales relativos a los organismos de certificación que realizan la certificación de productos. Madrid: AENOR.
- EN 45012 (UNE 66512). Criterios generales relativos a los organismos de certificación que realizan la certificación de los sistemas de la calidad. Madrid: AENOR.
- EN 45013 (UNE 66513). Criterios generales relativos a los organismos de certificación que realizan la certificación del personal. Madrid: AENOR.
- UNE-EN-ISO 9001: 1994. Modelo para el aseguramiento de la calidad en diseño, desarrollo, producción, instalación y servicio posventa. Madrid: AENOR, 1994.

- UNE-EN-ISO9002: 1994. Modelo para el aseguramiento de la calidad en la producción, la instalación y el servicio posventa. Madrid: AENOR, 1994.
- UNE-EN-ISO9003: 1994. Modelo para el aseguramiento de la calidad en la inspección y los ensayos finales. Madrid: AENOR, 1994.
- UNE-EN-ISO9004-2: 1991. Gestión de la Calidad y elementos del sistema de la calidad. Parte 2: Guía para los servicios. Madrid: AENOR, 1991.
- Hoyle D.: ISO 9000 Manual de Sistemas de Calidad. 3ª ed., Madrid: Paraninfo, 1996.
- Diario Oficial de las Comunidades Europeas. D.O.E. núm. L83/2, de 3 de abril de 1998.
- The European Foundation for quality management. Autoevaluación. Directrices para el Sector Público: Salud. Madrid: Club Gestión de Calidad, 1995.

NOTA TECNICA Nº 4:

**MARCO REGULADOR DE LA CALIDAD
DE LOS SERVICIOS SANITARIOS:**

- EN ESPAÑA

- EN INSALUD

INDICE

I.- MARCO REGULADOR DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA

1. - Introducción
2. - Marco legal e institucional en España
 - 2.1 Anteriores a la creación del Sistema Nacional de Salud
 - 2.2 Sistema Nacional de Salud

II.- EVOLUCION HISTORICA DE LA GESTION DE LA CALIDAD EN EL INSALUD

- 1.- Iniciativas institucionales sobre la calidad
 - 1.1 Plan para la humanización de la asistencia
 - 1.2 Plan de garantía de calidad total
 - 1.3 Contrato Programa / Contrato Gestión
 - 1.4 Plan Estratégico INSALUD
2. Cambios institucionales en organización y gestión
 - 2.1 Ente Institucional (Corporativo).
 - 2.2 Servicios Territoriales
 - 2.3 Organos de Participación
 - 2.4 Centros Hospitalarios
 - 2.5 Centros de Atención Primaria

I.- MARCO REGULADOR DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA

1. - INTRODUCCION

Durante la última década en el entorno de los países desarrollados, y en particular en Europa como referente obligado para nuestro país, la garantía de la calidad de los servicios sanitarios ha mantenido y mantiene un lugar importante en la agenda de los responsables de las políticas sanitarias y las administraciones públicas.

Los Gobiernos se hacen eco de las nuevas demandas asistenciales de los ciudadanos que reclaman un mayor reconocimiento de sus derechos expresados como garantías en la calidad de asistencia, acceso a los servicios, información, atención y trato.

Por otra parte los profesionales, que reiteradamente han debido escuchar en este tiempo un discurso sobre la necesidad de contener el gasto sanitario como consecuencia de las necesidades de la Convergencia económica, responden con un discurso donde relacionan la disponibilidad de recursos y el desarrollo de la tecnología con la calidad de la asistencia.

Como consecuencia de ello, las administraciones sanitarias y los responsables de los centros asistenciales tienden a incluir en sus relaciones contractuales, en los nuevos enfoques de gestión y organización y en sus ofertas a los ciudadanos, la garantía de la calidad de los servicios.

Estos hechos no quieren decir que en nuestro país no haya existido una preocupación tradicional de los profesionales por este problema y un reconocimiento expreso en sus normas de la regulación de la calidad asistencial. Esta afirmación no sería cierta y el análisis no sería riguroso.

Por ello esta introducción al análisis del desarrollo normativo en nuestro país, pretende inicialmente señalar la preocupación actual de los responsables sanitarios teniendo en cuenta una realidad social que reconoce el derecho a la asistencia sanitaria como una de las señas de identidad de los ciudadanos europeos en el contexto de la libre circulación de personas y la existencia de un libre mercado de bienes y servicios.

2. - MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL EN ESPAÑA

Si se analiza de forma evolutiva la legislación sanitaria de nuestro país en relación con las garantías de calidad que ha ofrecido el sistema asistencial público, se deberá tener en cuenta en qué medida las normas hacen referencia y tienen en cuenta:

- El acceso a los servicios y el alcance de la cobertura de las prestaciones, en su consideración como atributos de calidad del Sistema Nacional de Salud

- El reconocimiento y la regulación de los derechos de los ciudadanos como expresión de cómo las actuaciones de la Administración sanitaria y los centros asistenciales se orientan hacia los usuarios.

- Los requerimientos exigidos en la organización, la disponibilidad de recursos y el funcionamiento de los centros asistenciales para lograr la seguridad y el nivel de calidad adecuado en los aspectos relacionados con la práctica asistencial y la atención general de los usuarios y familiares durante su visita o estancia.

Por otra parte, debe tenerse en cuenta que el desarrollo legislativo en materia sanitaria de los últimos veinte años no es ajeno a los cambios generales que se operan en nuestro país tras la aprobación de la nueva Constitución Española en 1978, en cuyo articulado se hace referencia expresa al derecho a la protección a la salud y a la función que se encomienda a los poderes públicos a este respecto en su art. 43 y 49.

Pero también las normas y recomendaciones nacen de la necesidad de adecuar la organización y la gestión de los centros sanitarios a los cambios generales nacidos como consecuencia del progreso económico y social y del desarrollo científico técnico, en particular en el campo de las ciencias de la salud.

De acuerdo con este enfoque se considera como referentes más señalados las siguientes normas:

2.1 Anteriores a la creación del Sistema Nacional de Salud

→ *La Ley 36/1962 de Hospitales*, de 21 de julio, que en su art. 4º hace referencia al *Catálogo de Hospitales* donde se clasifican de acuerdo con diferentes atributos, entre ellos "*de acuerdo con las exigencias de una adecuada hospitalización, atendiendo a sus características, instalaciones, personal y equipamiento*". En su desarrollo el D. 575/1966 establece el *Catálogo y la Regionalización Hospitalaria*.

→ *El R.D. 2766/1967*, de 16 de noviembre, hace referencia al alcance de las prestaciones de la asistencia sanitaria, la ordenación general de los servicios médicos y el régimen de beneficiarios.

→ *El D. 2065/1974* de 30 de mayo, por el que se aprueba el *texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, en cuyo art. 112 se establece el derecho a la elección de médico.

→ *El R.D. 2177/1978*, de 1 de septiembre, establece el *Registro, Catalogación e Inspección de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios*, que posteriormente será el referente normativo para la "Autorización" de centros por parte de las Comunidades Autónomas.

→ *La Ley 30/79*, de 27 de octubre, sobre "*extracción y transplante de órganos*", hace referencia a las condiciones y requisitos que han de reunir el personal, servicios y centros sanitarios para ser reconocidos y acreditados en sus funciones.

→ *La Resolución* de 11 de abril de 1980, *de la Secretaría de Estado para la Salud*, regula la *actividad Sanitaria con medios ajenos*. Actualmente se encuentra en vigencia como referente para la concertación de servicios y en ella se establece un sistema de calificación de los centros de acuerdo con su estructura, cobertura y complejidad asistencial.

→ *El R.D. 127/84*, de 11 de enero, regula la *Formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista*, y la necesidad de que los centros y unidades han de estar acreditado para desempeñar dichas funciones.

→ *El R.D. 137/1984*, de 11 de enero, sobre *Estructuras Básicas de Salud*, determina las características de un nuevo modelo de Atención Primaria integral y la constitución de Equipos de Atención Primaria como alternativa a la Medicina General de cupo

→ *El Plan de Humanización del INSALUD*, octubre 1984, incluye la "*Carta de los Derechos de los Pacientes*" que representa una de las primeras medidas de lo que más tarde se ha denominado "orientación de los servicios a los pacientes", y hace referencia a aspectos relacionados con la atención general de los centros, - aspectos hoteleros, gestión administrativa, información,... etc.- desde un enfoque donde estos atributos de la calidad se integran con los relacionados con la calidad asistencial.

2.2 Sistema Nacional De Salud

→ *La Ley General de Sanidad, 14/1986*, de 25 de abril, y la creación del Sistema Nacional de Salud determinan un punto de inflexión en el desarrollo general de la reforma sanitaria. De forma sintética se pueden señalar los siguientes apartados de su articulado por estar más directamente relacionados con la política de calidad:

En el Título I "Del sistema de salud", en su Capítulo Primero, se hace referencia a los principios generales (Art. 3º a 17). Se destaca:

- Art. 3: integración de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, extensión universal de la asistencia sanitaria y acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva para lograr la superación de los desequilibrios territoriales y sociales
- Art. 4: concepción integral del sistema sanitario desde el reconocimiento de las competencias de las Comunidades Autónomas según reconoce sus respectivos estatutos de autonomía.
- Art. 5º: articulación de la participación comunitaria
- Art. 6: superación del enfoque exclusivamente reparador de la atención sanitaria. Desarrollo integrado de la promoción de la salud y la educación sanitaria, prevención, asistencia y rehabilitación
- Art. 7: adecuación de la actividad de los servicios sanitarios a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad.
- Art. 8: necesidad de la realización de estudios epidemiológicos y de la planificación y evaluación sanitaria.
- Art. 9: responsabilidad de los poderes públicos de informar a los ciudadanos de sus derechos y deberes.
- Art. 10 y 11: relación de los derechos y deberes ciudadanos con respecto a las distintas administraciones, organismos e instituciones públicas sanitarias.
- Art. 12: orientación de las políticas de gasto sanitario hacia la corrección de las desigualdades sanitarias y la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos.

- Art. 13: aprobación de normas precisas frente al intrusismo y la mala práctica.
- Art. 14: desarrollo normativo de la libre elección de médico en la atención primaria del Area de Salud
- Art. 15: derecho a la atención en los servicios especializados hospitalarios. Responsabilidad del Ministerio de Sanidad y consumo en la acreditación de los servicios de referencia
- Art. 16: igualdad en la aplicación de las normas de utilización de los servicios sanitarios, independientemente de la condición en que se acceda a los mismos.

En el Capítulo Segundo "De las actuaciones sanitarias del sistema de salud" se hace referencia expresa a la política de calidad en:

- Art. 18.16: las Administraciones sanitarias desarrollarán actividades de control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles.

En el Título II, "De las competencias de las Administraciones Públicas", en el Capítulo Primero, "De las competencias del Estado", el Art. 40 desarrolla los siguientes aspectos:

- Art. 40.7: la determinación de las condiciones y requisitos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios.
- Art. 40.8: acreditación, homologación, autorización y registro de centros y servicios para la extracción y transplante de órganos.
- Art. 40.9: establecimiento de un Catálogo y Registro General de centros, establecimientos y servicios sanitarios
- Art. 40.10: homologación de los programas de formación postgraduada y perfeccionamiento y especialización del personal sanitario
- Art. 40.11: homologación general de los puestos de trabajo a efecto de garantizar la igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales y trabajadores sanitarios.

En el Título III, "De la estructura del sistema sanitario público", en el Capítulo Tercero "De las Areas de Salud", el Art. 69 desarrolla los siguientes aspectos:

- Art. 69.2: la evaluación de la calidad de la asistencia prestada como un proceso continuado que informará todas las actividades del personal de salud. De forma expresa se indica que la Administración sanitaria establecerá sistemas de evaluación de la calidad asistencial oídas las Sociedades Científicas y que los médicos y el personal titulado deberán participar en los órganos encargados de dicha evaluación de la asistencia.
- Art. 69.3: los hospitales deberán facilitar a las unidades de control de calidad externo el cumplimiento de sus cometidos.

El desarrollo del articulado enunciado anteriormente ha sido el principal marco de referencia para un desarrollo normativo posterior, al mismo tiempo que sus principios son el horizonte de la misión del INSALUD.

→ El R.D. 521/1987, de 14 de abril, establece el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD, donde se hace referencia a aspectos determinantes para el desarrollo posterior de la política de calidad:

La Sección II, sobre "Estructura y Organos de Dirección" del centro, Art. 6-18, define la autoridad y responsabilidad del Gerente y de la Comisión de Dirección, entre las que se incluye de forma expresa la adscripción a la Gerencia del área de Atención al Paciente y a las Direcciones Médica y de Enfermería la dirección, promoción, coordinación y evaluación de las actividades y la calidad asistencial.

La Sección III, sobre "Organos Colegiados de Participación y Asesoramiento"; Art. 19-23, define el marco de participación social y profesional en la planificación, control y evaluación de la calidad del centro. De forma expresa se hace referencia a la constitución de la Comisión Central de Garantía de Calidad.

La Sección IV, sobre "Funcionamiento", define en el Art. 32 las funciones del Servicio de Atención al Paciente en relación con su disposición a dar información al enfermo o familiares o acompañantes y la tramitación de las reclamaciones que pudieran realizarse.

Posteriormente a este Real Decreto se emitieron diferentes normas de orden interno, entre las que cabe señalar:

→ El R.D. 1575/1993, de 10 de septiembre, que "Regula la libre elección de médico en los servicios de Atención Primaria del INSALUD".

→ El R.D. 8/1996, de 15 de enero, que "Regula la libre elección de médico en los servicios de Atención Especializada del INSALUD.

→ La Circular nº 17/89, de 29 de diciembre, que define un Programa de Evaluación y Control de los Servicios Hospitalarios Clínicos del INSALUD, donde se sientan las bases del actual sistema de información para el control de gestión de los centros.

→ Las Recomendaciones, de 6 de julio de 1989, sobre "Atención Familiar al Parto".

→ La Resolución de la Secretaría General del Sistema Nacional de Salud, de 10 de junio de 1992, sobre "Normas para la gestión de las reclamaciones y sugerencias formuladas por los usuarios de la asistencia en el ámbito del INSALUD", donde se establece su gestión de forma normalizada y establece plazos reglamentarios de contestación al interesado

→ La Circular 3/95, de 30 de marzo, por la que se crean los "Comités Asistenciales de Etica".

Tomando de nuevo como eje otras medidas adoptadas en el ámbito del desarrollo normativo del conjunto del Sistema Nacional de Salud deben ser tenidos en consideración las siguientes normas de carácter general:

→ El R.D. 63/1995, de 20 de enero, sobre la "Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud", donde desde una dimensión colectiva e individual se regulan las acciones que conducen a hacer efectivo el derecho a la protección a la salud. En relación con la calidad señala:

- Art. 2.3: indica de forma explícita que no se considerarán incluidas aquellas en que no exista:
 - a) Evidencia científica de su seguridad y eficacia, o hayan sido o quedado superadas por otras disponibles
 - b) Cuando no esté suficientemente probada su contribución a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, la mejora de la esperanza de vida, el autovalimiento y la eliminación o disminución del dolor y sufrimiento

- Art. 6: establece como modalidad de prestación sanitaria la información al paciente y sus familiares sobre sus derechos y deberes en relación con lo previsto en los Art. 9,10 y 11 de la Ley General de Sanidad.

→ La Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento hace referencia a mejoras de la calidad en la prescripción y uso racional, y su contribución a la existencia de medicamentos seguros, eficaces y de calidad, correctamente identificados y con información apropiada

Con estos fines se crean las comisiones nacionales siguientes:

→ R.D. 1274/1992, de 23 de octubre: Comisión Nacional para el Uso Racional del Medicamento.

→ R.D. 2708/1992, de 15 de octubre: Comisión Nacional de Especialidades Farmacéuticas.

→ R.D. 898/1993, de 11 de junio: Comisión Nacional de Evaluación de Medicamentos.

→ O.M. de 25 de junio de 1985: Comisión Nacional de Farmacovigilancia.

→ O.M. de 31 de mayo de 1990: Comité Asesor de Cosmetología.

→ O.M. de 18 de enero de 1996: Comisión Técnica Asesora de Prestación Ortoprotésica.

En relación con la garantía de calidad de los fármacos y productos farmacéuticos se promulgan diferentes normas como consecuencia del desarrollo normativo de la citada Ley y las exigencias de la Unión Europea. Entre ellas, las siguientes:

→ El R.D. 83/1993, de 22 de enero, "regula la selección de medicamentos a efecto de su financiación por el Sistema Nacional de Salud", llevándolo implícita la exclusión de un listado de productos, que se complementa con el R.D. 1663/1998, de 24 de julio

→ El R.D. 634/1993, de 3 de mayo, por el que se establecen las "normas sobre condiciones de los productos sanitarios implantables activos", recoge un procedimiento de control y evaluación de la calidad a fin de colocar el marcado "CE" y cumplir, de forma complementaria, las exigencias de la Ley 21/1992, de 16 de julio, de Industria, en materia de calidad industrial

→ El R.D. 44/1996, de 19 de enero, por el que se adoptan "medidas para garantizar la seguridad general de los productos puestos a disposición del consumidor y usuario", que de forma supletoria es aplicable a todos los productos carentes de regímenes especiales de protección y control de calidad.

→ El R.D. 414/1996, de 1 de marzo, por el que "se regulan los productos sanitarios", se refiere a las condiciones que deben reunir los productos sanitarios y accesorios para su puesta en el mercado, puesta en servicio y utilización, así como los procedimientos de evaluación de la conformidad que les sea de aplicación. Se refiere a la licencia sanitaria que expide la Dirección General de Farmacia, al cumplimiento de los requisitos para el mercado "CE" y las exigencias de calidad industrial citadas anteriormente.

En relación con la garantía de calidad en la utilización de determinadas tecnologías cabe señalar las siguientes normas:

→ El R.D. 1893/1996, de 2 de agosto, de "estructura básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, de sus organismos autónomos y del Instituto Nacional de la Salud", determina en su Art. 7.4.7 "del Instituto de Salud Carlos III", las funciones de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, de acuerdo con el R.D. 1415/1994, de 25 de junio, así como las funciones generales de evaluación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

→ El R.D. 411/1996, de 1 de marzo, "regula las actividades relativas a la utilización clínica de tejidos humanos", y de forma complementaria con la Ley 30/1979 sobre extracción y transplante de órganos contempla los requisitos que han de cumplir los centros en esta materia.

→ La Ley 35/1988, de 22 de noviembre, que "regula las técnicas de reproducción asistida", tiene un desarrollo posterior en el R.D. 413/1996 que "establece los requisitos técnicos y funcionales para la autorización y homologación de centros y servicios" relacionados.

→ El R.D. 2070/1995, de 22 de diciembre, por el que "se establece los criterios de calidad en radiodiagnóstico", de acuerdo con la Directiva 84/466/EURATOM, sobre protección radiológica del paciente y las Directivas 80/836/EURATOM y 84/467/EURATOM sobre protección radiológica de la población y los trabajadores. Actualmente está en fase de actualización.

→ El R.D. 1841/1997, de 5 de diciembre, establece los "criterios de calidad en medicina nuclear", con el fin de asegurar la protección radiológica de paciente y la optimización de la administración de radiofármacos.

En relación con el desarrollo de las funciones corporativas y de autoridad sanitaria que corresponden al INSALUD, así como el desarrollo de su organización territorial, cabe tener en cuenta las siguientes normas:

En el ámbito de los Servicios Centrales:

→ El R.D. 1983/1996, de 2 de agosto, de "estructura básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, de sus organismos autónomos y del Instituto Nacional de la Salud", en cuyo Art. 10, "del INSALUD", recoge las competencias, estructura y funciones de la Presidencia Ejecutiva, de los órganos de control y vigilancia y de dirección y gestión. En particular se señala:

- Art. 10.8.c: En dependencia directa de la Presidencia Ejecutiva, la Subdirección General de Inspección Sanitaria, asume las funciones de inspección, evaluación y control de las prestaciones sanitarias.
- Art. 10.9.a.- g.: Atribuye a la Dirección General de organización Sanitaria las funciones, entre otras, de:
 - El diseño e implantación de programas de Calidad Total.
- Art. 10.10. a. - f.: Atribuye a la Dirección General de Atención Primaria y Especializada las funciones, entre otras, de:
 - El desarrollo de programas y actividades para la mejora de las prestaciones asistenciales.

En el ámbito de los Servicios Territoriales:

→ El R.D. 702/1998, de 24 de abril, sobre "Organización de los servicios territoriales del INSALUD y de la modificación de la composición de los órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión" establece un nuevo marco en la organización administrativa con el fin de:

- Diferenciar las funciones de financiación, compra y provisión de servicios.
- Facilitar el desarrollo del proceso de transferencias.
- Dotarse de una estructura que facilite la coordinación con las Comunidades Autónomas.

- Reformar los órganos de participación con el fin de facilitar la representación de los ciudadanos en el control y la vigilancia de la gestión, en el marco de las Comisiones Ejecutivas Provinciales.

→ De forma concurrente con la normativa sanitaria citada debe tenerse en cuenta el R.D. 2200/1995 que aprueba el "Reglamento de la Infraestructura para la Calidad y Seguridad Industrial" en el que de acuerdo con las exigencias comunitarias para el buen funcionamiento de la normalización en la Unión Europea, y según lo que establece la Directiva del Consejo 83/189/CEE, se determina la infraestructura para la calidad y seguridad industrial

De esta manera el Reglamento viene a desarrollar los aspectos contenidos en la Ley 21/1992, de 16 de julio, "de Industria", en referencia a los organismos y entidades que operan en el campo de la calidad y la seguridad industrial.

Las normas legislativas reseñadas hasta este punto representan el entorno administrativo en que el INSALUD ha desarrollado un marco regulador que le ha permitido llevar a cabo actuaciones concretas relacionadas con la garantía de calidad y que han de ser tenidas en consideración en el momento actual. Como antecedentes para el desarrollo de una nueva política de Calidad Total cabe citarse:

→ El Plan de Humanización del INSALUD, que en 1984 estableció la primera Carta de Derechos de los Pacientes.

→ El sistema de Acreditación Docente, desarrollado a partir del R.D. 127/1984 donde se regula la formación médica especializada y la necesidad de que los centros y unidades se acrediten para desempeñar la función docente.

→ El "Plan de Calidad Total del INSALUD" y el desarrollo de su Programa Marco 1986-1990

→ La elaboración de la "Guía de propuestas para la Acreditación Hospitalaria en España" elaborada en 1991 por la Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo.

→ El establecimiento desde 1993 de los Contrato - Programa y Contrato de Gestión suscrito por la Presidencia Ejecutiva y las Gerencias de los centros asistenciales, que incluyen aspectos contractuales en relación con el cumplimiento de objetivos de calidad.

→ La creación de la figura del "Coordinador del Programa de Calidad" en los centros asistenciales.

→ El Plan Estratégico del INSALUD aprobado en diciembre de 1997, que representa un elemento clave para el desarrollo de la política de calidad. Con el fin de hacerla operativa, establece una línea estratégica específica.

De forma complementaria al marco regulador al que se hace referencia se debe tener en cuenta determinados documentos de la política sanitaria donde se hace referencia a la calidad de los servicios sanitarios. Entre ellos se citan los siguientes:

→ "El informe y Recomendaciones de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud", de julio de 1991 ("Informe Abril Martorell"), en los puntos 34, 35 y 36 hace referencia expresa a la calidad indicando:

- La necesidad de introducir progresivamente en el sistema contractual normas de calidad.
- La necesidad de asegurar la calidad con la extensión de un sistema de información específico (CMBD), el establecimiento de métodos y mecanismos para la acreditación de centros públicos y privados, la revisión continua de los procesos y resultados y la formación continua del personal sanitario.
- La necesidad de mayor atención a los aspectos relacionados con la satisfacción subjetiva de los usuarios, el cuidado de la calidad, la atención personalizada, el confort y el compromiso de servicio.

→ El "Plan de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo", presentado en 1995 al Consejo Interterritorial del SNS, en su capítulo IV, incluye dentro de las estrategias generales el apartado VI.3 referido a la "Calidad de los Servicios" donde se hace referencia a la evolución de la calidad centrada en los aspectos científico - técnicos del modelo sanitario tradicional, hasta la filosofía de la Calidad Total.

→ El "Acuerdo de la Subcomisión Parlamentaria de Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud", de 18 de diciembre de 1997, hace referencia a los siguientes puntos:

- En el Apartado I, sobre "Aseguramiento y prestaciones", relacionado con el derecho a la asistencia sanitaria, se indica la necesidad de consolidar el aseguramiento sanitario universal, garantizar las prestaciones sanitarias y poner a disposición de los ciudadanos las Cartas de Servicios Sanitarios que informen sobre los contenidos de los catálogos de prestaciones.

- En el Apartado III, sobre "Organización y gestión", se expresa la necesidad de orientar el sistema a las necesidades de salud, impulsar la autonomía de gestión de los centros asistenciales, controlar la calidad en la asistencia e impulsar la mejora continua, atender las preferencias de los usuarios y potenciar el protagonismo de los profesionales.

→ El Informe sobre "Acreditación de Centros Sanitarios" elaborado tras las Jornadas de Debate convocadas por la Subsecretaría de Sanidad y Consumo el 28 de abril de 1998, cuyas recomendaciones hacer referencia a:

- El establecimiento de requisitos mínimos comunes para la autorización de centros y servicios sanitarios.
- La consideración de la acreditación sanitaria como instrumento de garantía de calidad e incentivación de la mejora continua en la asistencia, el uso eficiente de los recursos y la satisfacción de usuarios y profesionales.
- La elevación al Pleno del Consejo Interterritorial de la propuesta de creación de un Grupo de Trabajo que proponga líneas de acuerdo atendiendo a la recomendación formulada por la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud.
- La consideración de que estos procesos deben ponerse en marcha de forma voluntaria y su aplicación gradual.

Como consecuencia, el Pleno del Consejo de 6 de julio de 1998 aprobó la constitución de un Grupo de Trabajo sobre "Autorización y Acreditación de Centros y Servicios Sanitarios", que iniciará su actividad a partir del presente año.

El R.D. 1259 / 1999, de 16 de julio, regula las cartas de servicios en la Administración General del Estado, sus Organismos autónomos y las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social.

El conjunto de normas y declaraciones formales de carácter institucional señaladas definen un marco regulador de la calidad de los servicios sanitarios en el ámbito de la Administración Central y las instituciones del Estado. Asimismo se deberá tener en cuenta las actuaciones de las Comunidades Autónomas, dado que tienen competencias transferidas en la prestación de servicios sanitarios y por tanto los dan de acuerdo a sus propios criterios e intereses, aunque respetando la limitación que suponen las bases del Estado.

II.- EVOLUCION HISTORICA DE LA GESTION DE LA CALIDAD EN EL INSALUD

Puede ser descrita atendiendo a las siguientes dimensiones:

- Las iniciativas institucionales, dirigidas expresamente a la aplicación operativa, de los diferentes enfoques sobre la calidad.
- Las infraestructuras de organización y gestión diseñadas para dar el apoyo necesario a las iniciativas anteriores.

1. INICIATIVAS INSTITUCIONALES SOBRE LA CALIDAD

Dentro de este apartado, se incluyen aquellos planes y programas, que han tenido un mayor impacto sobre la gestión de la calidad, en el ámbito de los centros sanitarios.

- El Plan para la Humanización de la Asistencia.
- El Plan de Garantía de Calidad Total.
- Las iniciativas que sobre la calidad vienen determinadas en los Contratos Programa y de Gestión.
- La estrategia que sobre Garantía de Calidad viene definida en el Plan Estratégico del INSALUD.

Evolución histórica Calidad en INSALUD.

1984	Plan de Humanización	Servicio de Atención al Paciente
1986	Plan de Garantía de Calidad Total	Rediseño de los Servicios de Admisión
1994	Objetivos de Calidad	Contrato programa
1996	R.D. 1983 /1996 Programa de Calidad	Estructura organizativa Insalud Contrato gestión
1998	Plan estratégico	Plan Estratégico Insalud Plan Estratégico Centros

1.1 EL PLAN PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

Se establece en Octubre de 1984, con el objetivo de satisfacer las necesidades no estrictamente clínicas de los enfermos hospitalizados. En su formulación original el Plan se configura sobre la base de las 16 acciones, que aunque han ido modificándose en el tiempo de acuerdo con la experiencia conseguida en su desarrollo, sin embargo han permitido crear una cultura dentro de los centros sanitarios, dirigida a prestar una mayor atención a las necesidades de los enfermos como individuos.

Las acciones contenidas el Plan eran las siguientes:

- La Carta de presentación y recepción de Pacientes.
- Información General, normas de funcionamiento, visita, comidas, etc.
- Cartas de derechos y deberes del paciente.
- Seguimiento de la carta de derechos y deberes
- Servicio de Atención al Paciente.
- Comisión de Humanización de la asistencia.
- Listas de Espera.
- Encuesta post-hospitalización.
- Señalización del hospital.
- Maestros en hospitales infantiles.
- Favorecer unión madre - hijo ingresado.
- Biblioteca para los pacientes.
- Información al paciente sobre autopsias y donación de órganos.
- Citación horaria en consultas externas.
- Ampliación del horario de visitas.
- Comidas pacientes a la carta.

Este Plan permitió en su desarrollo, la creación de los Servicios de Atención al Paciente, con el objetivo de atender a todas las necesidades de información y orientación, así como, el diseño inicial de un proceso de gestión de quejas y reclamaciones, y la medición de la satisfacción de los enfermos con su estancia en el centro.

Desarrollo en Atención Primaria:

En 1992 se pone en marcha un Programa de Mejora de la Accesibilidad a los Servicios Sanitarios, cuyos elementos centrales son el trato personalizado a los usuarios y el acercamiento de las unidades administrativas del INSALUD al ciudadano a través de las Unidades de Gestoría.

Las acciones contempladas en el programa eran:

- Proporcionar información al usuario sobre el sistema y las condiciones de acceso y utilización de los servicios.
- Gestión de la citación, tanto para los servicios de Atención Primaria como para los de Atención Especializada.
- Recepción y traslado de documentos para trámites relacionados con la asistencia sanitaria y prestaciones complementarias a las Unidades del INSALUD competentes en su resolución, a través de valija interna.
- Recepción y curso de reclamaciones y sugerencias.

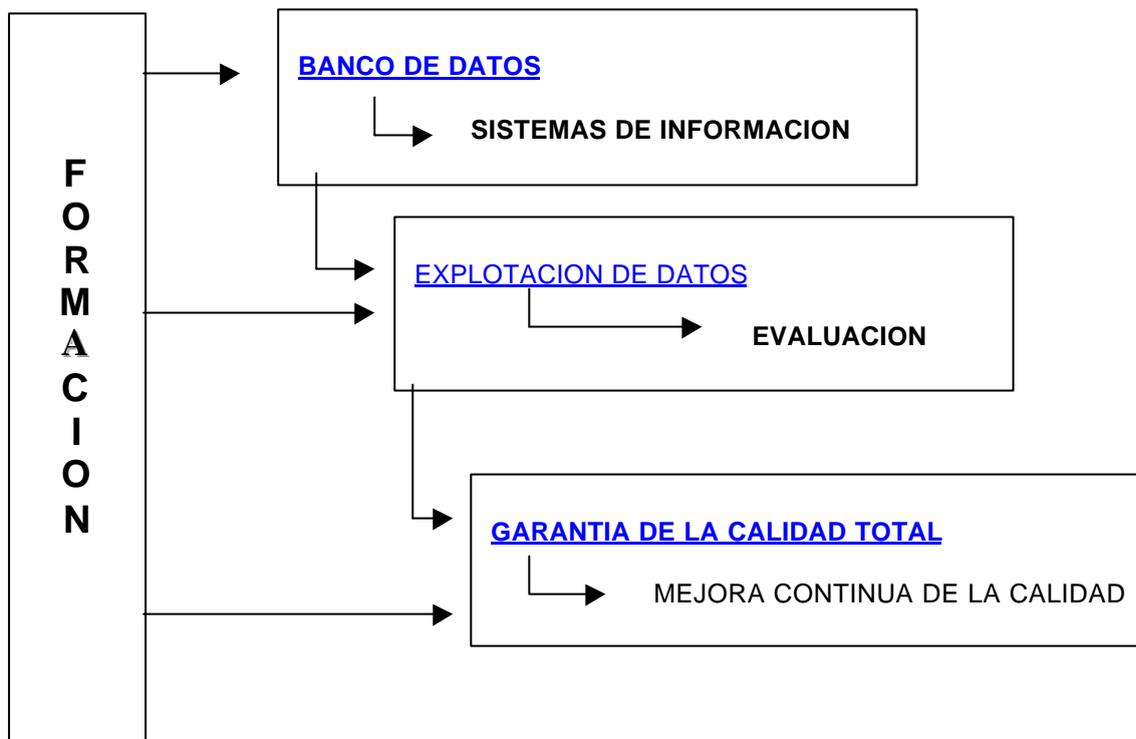
Para la implementación del programa se desarrolló un Manual de Procedimientos del que disponen todas las Unidades y que es actualizado periódicamente por las Gerencias de Atención Primaria. Igualmente, se publicitó su implantación mediante folletos individualizados en los que se daba a conocer su existencia y funciones.

Posteriormente, las Unidades de Gestoría han ido asumiendo nuevas competencias, como la libre elección de médico general y especialista y, próximamente, la gestión informática de los trámites relacionados con la Tarjeta Sanitaria Individual.

1.2 PLAN DE GARANTIA DE CALIDAD TOTAL

El INSALUD, como órgano gestor de servicios asistenciales, se planteó en 1984, la necesidad de utilizar mejor los recursos existentes garantizando la calidad de la asistencia prestada. Para ello era necesario conseguir un equilibrio entre el coste de la asistencia sanitaria, la actividad desarrollada en los centros sanitarios y los resultados obtenidos.

Siendo la correcta atención al usuario el objetivo principal de las actividades de los centros sanitarios, el INSALUD planteó y desarrolló un plan con el objetivo de establecer sistemas que garantizaran la calidad de los servicios prestados al usuario. Se trataba de introducir una gestión eficiente en los centros sanitarios adaptada a las características de la organización asistencial y con capacidad para motivar a los profesionales de la salud en su aplicación.



El Plan constaba de dos fases:

1ª Fase (1986-1990) generaba y aplicaba por medio de proyectos piloto los instrumentos y metodología de garantía de los servicios prestados por el sistema de salud.

2ª Fase (a partir de 1990), tenía previsto la implantación de Programas de Homologación de Garantía de Calidad Total en los centros del sistema sanitario.

La OMS-E publicó el Plan en 1988, como documento de apoyo (EUR/ICP/HSR 031, 7977s) a la META 31 (Establecimiento de mecanismos de garantía de calidad en los sistemas de salud) de su Estrategia Regional de Salud para Todos (EUR/HFA Target 31).

El programa tenía como **metas** la generación, implantación y desarrollo de un sistema comprensivo de garantía de calidad total como componente esencial de los servicios de atención a la salud.

En el planteamiento de dichas metas se consideran como **ideas - fuerza** del Plan:

- a) Asegurar a cada usuario del sistema la atención adecuada con objeto de obtener resultados óptimos para su salud.
- b) Proveer a todos los profesionales de la salud con un método de autoevaluación que les permita optimizar sus actividades y mejorar sus conocimientos propiciando su motivación.
- c) Proveer a los gestores del sistema con un instrumento eficaz para identificar las desviaciones que se produzcan en el sistema y proceder a su corrección.
- d) Aportar suficiente evidencia objetiva de que los fondos públicos son utilizados eficaz y eficientemente.
- e) Analizar y evaluar toda la innovación tecnológica, previo a su implantación en el sistema de salud.

Con el objeto de alcanzar las metas establecidas, se marcan las siguientes **líneas de acción**:

1. Establecer en el ámbito estatal un núcleo de información válida, homogénea y homologable por cada usuario del sistema de salud.
2. Formar y motivar a los profesionales de la salud en el uso de los instrumentos necesarios para explotar la información obtenida.
3. Formar a los profesionales de la salud en una metodología normalizada de Garantía de Calidad Total.
4. Educar a los futuros profesionales de la salud en los conceptos y conocimientos básicos.
5. Coordinar e incentivar la implantación y desarrollo de programas de Garantía de Calidad Total en el sistema de salud.

Sobre la base de estos objetivos generales se estructuran tres **subprogramas** con sus propios objetivos, los cuales se traducen en proyectos operativos que se desarrollan por fases.

Los **resultados** que se obtuvieron con la implantación de Plan de Garantía de Calidad Total en Atención Sanitaria fueron, teniendo en cuenta que de las dos fases previstas para el desarrollo completo del Plan sólo se llevó a cabo la primera que se dio por concluida en 1992:

a) En la 1^o Fase: corto-medio plazo (1986-92): se generaron como resultados específicos:

✓ El sistema de información sobre las actividades del centro, sus resultados y su coste.

Julio, 1988: el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, acuerda la constitución del comité Técnico del CMBD para el sistema nacional de Salud.

Enero de 1991: la Secretaría General de Asistencia Sanitaria resuelve que todos los hospitales del INSALUD y concertados deben incluir el CMBD en el alta de todos sus enfermos.

Para la evaluación de la actividad hospitalaria se utiliza en todo el Estado el sistema GDR de agrupación homogénea de enfermos.

✓ La metodología y cultura básica para gestionar el cambio hacia una organización capaz de garantizar la calidad de los servicios ofertados.

Actividades de garantía de calidad: 62 hospitales españoles de un total de 113 participaron en el proyecto europeo COMAC/HSR/QA (1990-93) con el objeto de analizar la utilidad de las acciones de garantía de calidad. Se comprobó que para alcanzar metas de garantía de calidad se requiere el compromiso e implicación activa de las cúpulas gestoras tanto de los hospitales como del mismo sistema de salud.

✓ Profesionales formados y formadores.

130 codificadores con ICD-9-CM formados en otros tantos hospitales iniciando la cadena formativa para cumplimentar el CMBD.

Seminarios sobre la Gestión del Cambio a los equipos directivos de 20 hospitales del INSALUD.

Cursos sobre metodología y herramientas de calidad en todos los hospitales participantes en el proyecto europeo.

b) La 2º Fase: medio - largo plazo.

Tenía previsto la implantación progresiva de la garantía de Calidad Total en todos los centros sanitarios del sistema, como metodología normalizada por medio de Programas Homologados de Garantía de Calidad Total. Esta fase aunque no se desarrolló, sin embargo, permitió la difusión del interés por la gestión de la calidad en muchos centros sanitarios.

1.3 CONTRATO PROGRAMA/CONTRATO GESTION

La reforma del sistema sanitario en 1993, con la separación de las funciones de financiación y provisión de servicios fue el punto de partida de los Contrato Programa y posteriormente Contrato de Gestión cuyo objetivo fundamental es la asignación de un presupuesto anual prospectivo en función del volumen y complejidad de la actividad que va a desarrollar. Sin embargo, el INSALUD considerando su compromiso con la sociedad de ofrecer, con los recursos disponibles, la mayor calidad y hacer el mejor uso de los recursos públicos que maneja, estableció que el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia debía estar incluido en ese Contrato de la misma manera que la actividad y el costo.

Una de las estrategias llevadas a cabo para lograrlo ha consistido en incluir en el Contrato de Gestión un Plan de Calidad común para todos los hospitales. Su finalidad es impulsar un cambio cultural en los hospitales que estimule el liderazgo activo de los directivos en la gestión de la calidad, y la implicación de todas las personas que trabajan en la organización.

El contenido de este Plan y sus resultados, la estructura organizativa que lo sustenta y la repercusión para los hospitales de su cumplimiento, son aspectos que, aunque manteniendo una línea de continuidad, se han ido transformando y mejorando a lo largo del tiempo en función de las necesidades y de la madurez de la organización para lograr nuevos retos. Tras la aprobación del Plan Estratégico del INSALUD, el contenido del plan ha tratado de incorporar y plasmar las líneas estratégicas de la institución, como son:

- Orientar los servicios hacia las necesidades del ciudadano.
- Mejorar la calidad y la eficiencia de los procesos asistenciales.
- Minimizar los riesgos
- Mejorar los sistemas de información.

A partir de 1998 el Plan consta de los siguientes apartados:

➤ Un Programa común de mejora continua

Los contenidos de este Plan a permitido al INSALUD ir abriendo caminos nuevos y sensibilizar a sus directivos y profesionales sobre aspectos de la calidad de la asistencia sanitaria poco tenidos en cuenta previamente, como son la satisfacción de los usuarios, el coste de la no calidad, etc.

Actualmente este Plan está focalizado en una serie de áreas que han sido identificadas como prioridades de la institución.

- Un área de Derechos del Paciente, en el cual han estado incluidos objetivos como que los hospitales tengan un Plan de Acogida a los pacientes, la gestión de las reclamaciones de los usuarios, el acompañamiento a los niños hospitalizados y a las mujeres durante los periodos de la dilatación y parto, y con gran relevancia, el de la mejora de la información a pacientes y familiares y la implantación del Consentimiento Informado previo a la realización de intervenciones. Muchos de estos objetivos son ya hoy estándares de calidad del INSALUD, y en otros se continua trabajando para mejorarlos.
- Otra gran área se refiere a la implantación de protocolos y guías de práctica clínica como herramienta de ayuda a los profesionales en la toma de decisiones. Temas como la profilaxis antibiótica y los cuidados de enfermería están incluidos en este área. Además todos los hospitales deben implantar los protocolos o guías de práctica elaborados con las Sociedades Científicas. También se han difundido a los hospitales los informes de agencias de evaluación tecnológica sobre la utilización de alta tecnología (RNM, Oxigenoterapia, estudio preanestésico del paciente sano, etc), como base para la elaboración de criterios de utilización
En esta área del se ha incluido que los hospitales desarrollen una herramienta de mejora de todos los aspectos del proceso asistencial, como es la elaboración implantación y evaluación de vías clínicas en procesos frecuentes.
- La mejora de los Sistemas de Información es otra área con objetivos como mejorar el contenido del informe de alta, la puntualidad en la elaboración del informe, etc. Con ello se pretende facilitar y mejorar la codificación, mejorar la información al paciente y su médico de familia, y mejorar la gestión hospitalaria como consecuencia de una mejor definición del producto hospitalario.

Por cada área se han formulado una serie de objetivos operativos, con sus criterios e indicadores de medida y que son comunes para todos los hospitales. En el contrato, cada hospital debe pactar una mejora de la calidad respecto a los valores obtenidos el año anterior en cada uno de los objetivos y se compromete a llevar a cabo las acciones necesarias para conseguirlo

> Monitorización de indicadores.

El INSALUD produce una gran cantidad de información. La calidad de los datos sanitarios es uno de los objetivos del programa de calidad y estos datos deben ser usados para construir indicadores y emplearlos en el proceso de mejora siempre que sea posible. Estos indicadores miden aspectos claves de la asistencia sanitaria, como mortalidad, reingresos hospitalarios, tasas de cesáreas, tasas de infección, suspensiones quirúrgicas, etc, que permiten, con limitaciones debidas a la calidad de los datos y a circunstancias no ligadas a la asistencia sanitaria que influyen en el estado de salud de las personas, la comparación entre hospitales de dentro y fuera de nuestra organización, la discusión y el análisis de esos datos e iniciar acciones para mejorar la calidad si se precisa.

Los hospitales pactan llevar a cabo los estudios necesarios para la monitorización de una serie de indicadores. A su vez, los hospitales reciben los resultados de otra serie de indicadores obtenidos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). El compromiso de cada hospital es que los servicios y comisiones clínicas implicados lleven a cabo una autoevaluación crítica de los resultados de la monitorización, se comparen con los hospitales de su grupo, analicen las causas de sus desvíos y propongan acciones de mejora si fuera necesario.

Los resultados de los indicadores no pretenden crear estándares de calidad (en ocasiones estos indicadores pueden no ser suficientes para juzgar la calidad o la eficiencia de la asistencia), sino ofrecer a los hospitales una herramienta útil para identificar problemas que requieran algún estudio posterior.

> Estándares de la organización

Desde 1998, se han establecido una serie de estándares de calidad de la organización. Son aspectos tanto de calidad técnica como percibida por los pacientes que debían mejorarse y por tanto estuvieron incluidos durante varios años como objetivos del Plan de Calidad. La evaluación anual mostró una mejoría mantenida de sus resultados por lo que se consideran objetivos cumplidos pero que deben mantenerse.

> Plan de calidad específico del hospital.

Cada Hospital debe desarrollar su propio Plan de calidad basado en sus prioridades y teniendo en cuenta sus necesidades y problemas.

Cada Servicio del hospital debe proponer y pactar un programa de calidad del servicio en el que estén incluidos sus objetivos específicos más aquellos del programa común del hospital en los que el servicio está implicado y la monitorización de los indicadores que le corresponda.

El hospital debe documentar su Plan de calidad en una memoria anual.

Llevar a cabo este Plan de Calidad precisa la implicación de los profesionales y el liderazgo de los equipos directivos, y para lograrlo se han adoptado una serie de medidas.

1.- Una de las más importantes ha sido designar un Coordinador de Calidad en cada hospital. Su posición en el organigrama como órgano de apoyo y asesoramiento de la gerencia presupone una implicación de la totalidad del equipo directivo. Tiene además la competencia de coordinar, dar apoyo metodológico y promover la participación de los profesionales en las actividades de calidad.

2.- Otra de las medidas ha sido establecer un marco de trabajo con las Sociedades Científicas para desarrollar Guías de práctica Clínica, Manuales de Gestión de Servicios, Catálogos, etc. Existen en diferentes partes del INSALUD, al igual que en el resto de servicios de salud de nuestro entorno, variaciones inaceptables en la calidad y en la utilización de servicios. Para mejorar la calidad y disminuir la inequidad en el acceso a los servicios, se deben establecer una serie de criterios basados en la mejor evidencia científica disponible. Este ha sido el trabajo llevado a cabo por las Sociedades Científicas. En los últimos años se han establecido estos criterios para procedimientos quirúrgicos frecuentes y que tienen importante impacto en las listas de espera quirúrgicas, como Cataratas, Prótesis de cadera y rodilla, Adenoma de próstata, Adenoamigdalectomía, Hallux valgus, Hernia inguinal. Todos los documentos elaborados con las Sociedades son difundidos a todos los hospitales y su implantación, seguimiento y evaluación, son objetivo de calidad de los servicios implicados.

3.- Desde que la calidad se incluyó en el contrato, ligar los resultados en calidad con incentivos económicos ha sido uno de los objetivos del INSALUD. Desde 1997 la productividad de los profesionales, ha sido ligada en parte a los resultados del Plan de calidad. Así mismo, el presupuesto hospitalario se ha ligado a estos resultados.

Los hospitales se clasifican dependiendo del grado de cumplimiento del pacto como del nivel de calidad alcanzado en cada uno de los objetivos del Plan de Calidad. Esta clasificación es la que se utiliza como criterio para el reparto de algunos incentivos económicos, entre los que destaca:

- Productividad de los equipos directivos
- Reparto de la productividad en los servicios del hospital
- Renovación de pequeño equipamiento en el hospital
- Plan de formación
- Cuenta de resultados del hospital.

4.- Comparar hospitales e incentivar en función de los resultados de calidad obliga a establecer una serie de mecanismos que garanticen la fiabilidad de los datos. La evaluación del Plan de Calidad está basada en la autoevaluación en los hospitales, bien en los propios servicios o a través de las Comisiones Clínicas o grupos de mejora. En el contrato con los hospitales se explicita que los

resultados pueden ser objeto de validación, lo que contribuye a proporcionar una mayor credibilidad al sistema.

Desde 1997 se realiza la validación de los resultados de una muestra de hospitales extraída entre aquellos que habían obtenido las mejores clasificaciones de cada grupo. Para realizar esta validación se lleva a cabo una auditoria en el hospital para la que se cuenta con la colaboración de los coordinadores de calidad de los hospitales.

La experiencia se ha mostrado muy válida y ha tenido beneficios que han ido más allá de la propia validación de los resultados ya que ha mejorado el entrenamiento y la experiencia de los coordinadores, y ha apoyado el liderazgo de los equipos directivos en el plan de calidad.

5.- Los resultados del plan de Calidad de los hospitales son analizados y se realiza un informe anual en el que se comparan sus resultados. Por cada uno de los objetivos se muestra un gráfico con los resultados de todos los hospitales. En este informe se citan los hospitales que han logrado alcanzar el nivel de la excelencia en cada uno de los objetivos.



Los informes de los años 1996, 1997 y 1998 con sus objetivos, resultados y conclusiones están accesibles en la página Web del INSALUD

http://www.msc.es/insalud/memorias/home_memorias.htm

Todas las medidas llevadas a cabo están contribuyendo a la participación de los hospitales y de sus profesionales en actividades de mejora de la calidad y han tenido como resultado una mejora de la calidad en aquellos temas en los que se ha trabajado.

Además esta participación se ha extendido a proyectos nuevos como el diseño de una nueva encuesta a los pacientes, que se está llevando a cabo en 7 hospitales de diferentes regiones, donde los pacientes y los profesionales de estos hospitales están activamente implicados en su diseño.

Estructura organizativa del Plan de Calidad

En 1997 una circular la Presidencia Ejecutiva del INSALUD daba instrucciones para que en todos los hospitales se creara la figura del

Coordinador del Plan de Calidad, dependiendo de la Gerencia del hospital. Hoy es ya una realidad la creación de Unidades de Calidad con el Coordinador de Calidad como responsable funcional, y su impacto puede observarse en las actividades que se llevan a cabo en los hospitales así como en los resultados del Plan de Calidad incluido en el Contrato de Gestión.

En las Unidades de Calidad participa también un profesional de enfermería, tal como constaba en dicha circular, aunque en algunos hospitales no se ha producido todavía una integración plena de las actividades del coordinador del Plan de Calidad del hospital con el coordinador de enfermería.

En la Subdirección General de Atención Especializada, existe un Área de Calidad. Su responsabilidad es el diseño del Plan de Calidad incluido en el CG de los hospitales, de la metodología común de evaluación, así como del análisis y validación de los resultados.

Formación

Anualmente se realizan uno o varios cursos dirigidos a coordinadores y enfermeras de las Unidades de Calidad de los hospitales. Este curso pretende ser como un plan de acogida a los profesionales que comienzan una nueva actividad en los hospitales: la de trabajar en actividades de gestión de la calidad; y donde se les provee de herramientas y metodología para llevar a cabo su trabajo. En estos cursos participan como docentes profesionales con probada experiencia en la gestión de la calidad en el ámbito nacional. Esta actividad de formación en calidad de coordinadores y otros profesionales, se complementa con otras que se llevan a cabo en otras instituciones docentes y las que se programan en los propios hospitales dentro de su plan de formación (que tienen como una de sus prioridades en los últimos años la formación en calidad).

La conclusión es que la experiencia de todos estos años ha permitido introducir en los hospitales conceptos y cultura de la calidad, que previamente si se daba, lo era de forma minoritaria y poco sistematizados; mejorar la función de liderazgo en la gestión de la calidad y la participación de los profesionales; incentivar en función de resultados en calidad y no sólo por actividad y lo más importante, mejorar la calidad de la asistencia. La organización está preparada para seguir afrontando nuevos retos en la mejora de la calidad.

1.4 PLAN ESTRATEGICO INSALUD

La política actual de Calidad Total del INSALUD se enmarca en su Plan Estratégico y debe ser coherente con el desarrollo de sus líneas estratégicas.

La calidad de los servicios ofertados por el Sistema Sanitario es uno de los elementos estratégicos sobre los que se fundamenta la reforma planteada, garantizando con ello la eficacia y la eficiencia del sistema.

El objetivo general es establecer las bases de una Política de Calidad enfocada desde la perspectiva de la Calidad Total que, respecto a los Servicios Sanitarios, está constituida por un conjunto de características diferentes referidas a los recursos, a los procesos, a los resultados y a la percepción que de todo ello experimentan los usuarios.

Los principios básicos a tener en cuenta son:

- La calidad debe ir orientada al usuario buscando su satisfacción.
- La calidad debe buscar la motivación de los profesionales y su implicación con el centro.
- La calidad debe referirse a todas las Unidades y procesos de la Organización.
- La calidad requiere de la responsabilización individual de todos los miembros de la Organización.
- La calidad implica información y comunicación.
- La calidad es dinámica.

La búsqueda de la Calidad requiere la adopción de medidas para aumentar la eficacia y el rendimiento de las actividades y los procesos, con el fin de aportar ventajas añadidas tanto a la organización como a sus usuarios.

La Calidad de los servicios sanitarios debe ser abordada desde distintos aspectos, por ello se plantean las siguientes líneas de actuación:

I. 1	Aprobar y difundir la carta de Derechos de los pacientes
I. 2	Diseño y aplicación de un Plan de Calidad Total para el Insalud
I. 3	Calidad científico – técnica
I. 4	Acreditación de los centros sanitarios en términos de calidad

➡ **Aprobar y difundir la Carta de Derechos de los pacientes**

La Ley General de Sanidad recoge, en su artículo 10º, los derechos de los pacientes. Estos derechos son de obligado cumplimiento, en su totalidad, para las administraciones públicas sanitarias y, a su vez, obligan parcialmente a los servicios sanitarios privados.

La introducción del nuevo escenario aconseja la adecuación de estos derechos a la situación que se plantea. En consecuencia, se realizará una Carta de Derechos de los pacientes que recoja todos los contemplados en el artículo 10º de la Ley 14/86 así como las modificaciones necesarias para adaptar su contenido a las circunstancias actuales.

➡ **Diseño y aplicación de un plan de calidad total para el Insalud.**

En primer término, se procederá al diseño de un Plan de Calidad Total del INSALUD, que fije las directrices generales con objeto de que la prestación sanitaria que se oferta a los usuarios tenga unos estándares de Calidad que deberán seguir cada uno de los centros de la organización.

En segundo lugar cada centro, tanto los de gestión directa, como los que posean autonomía de gestión, deberán adecuar y desarrollar dicho Plan de Calidad Total, a sus distintos centros según las características de cada uno de ellos.

Las líneas maestras del Plan de Calidad Total serán:

- Promocionar la importancia estratégica de la Calidad en el desarrollo de los fines del INSALUD, a través de una adecuada comunicación dirigida tanto a los profesionales como a los usuarios.
- Crear una cultura de la organización que incentive la participación activa de los profesionales en la identificación, análisis y resolución de problemas. Para impulsar esta actividad se crean los coordinadores de calidad en los centros.
- Orientar los servicios hacia el usuario, buscando la forma de entender y satisfacer las necesidades del mismo.
- Revisar las estrategias de gestión de personal desarrollando cambios organizativos, como sería la creación de grupos multidisciplinares de trabajo dirigidos a la atención continuada de los procesos.
- Impulsar las medidas encaminadas a la mejora de procesos y prevención de errores (Eliminación de la variabilidad innecesaria –Protocolización de los procesos y operaciones, Guías de práctica clínica y una estrategia de evaluación y utilización de nuevas tecnologías-).

- Desarrollar la formación del personal en métodos efectivos de gestión de calidad.
- Evaluación del grado de realización de objetivos: establecer criterios de calidad (Indicadores de calidad) e instrumentos de medida de la percepción de los pacientes sobre la asistencia (encuestas, quejas y reclamaciones).

➤ **Calidad científico-técnica**

La calidad científico - técnica de los profesionales de los centros sanitarios, goza de un gran prestigio y reconocimiento debido al alto nivel alcanzado, tanto a nivel nacional como internacional.

Además del tratamiento que reciba la calidad científico - técnica en el contexto del Plan de Calidad Total, su importancia en la prestación de la asistencia, aconseja incluirla como actuación independiente, encaminada a facilitar su mejora continua a través de la participación activa de las Sociedades Científicas.

➤ **Acreditación de los centros sanitarios en términos de calidad.**

La acreditación comprende la evaluación de las estructuras organizativas de los centros así como la provisión de asistencia, en comparación con estándares profesionales actuales, con el fin de establecer una clasificación en términos de calidad que estimule la competencia entre los distintos servicios.

La acreditación constituye una pieza clave para garantizar que, en un sistema de competencia regulada, la prestación de la asistencia sanitaria se dé con las mayores garantías de calidad.

Las premisas en las que se basan el sistema de acreditación son:

- Se realizará en todas las áreas de Atención Primaria y centros de Atención Especializada.
- Función autónoma y separada de la compra y la provisión.
- Los auditores, serán agentes cualificados, seleccionados de entre los distintos profesionales y ajenos al centro que se pretende acreditar (para su selección se contará con el criterio de las Sociedades Científicas).

Un sistema así tiene una serie de beneficios añadidos:

- Respalda la credibilidad del Sistema en términos de calidad.
- Permite la comparabilidad entre áreas, centros y / o servicios, para impulsar su mejora continua.

- Dispone de información objetiva sobre los centros.
- Mejora la confianza en la organización.
- Implica a los profesionales en la mejora continua.
- Constituye un elemento dinamizador de la organización.
- Refuerza el prestigio de los centros y de sus profesionales.

Para los usuarios, se garantiza la calidad de los servicios que se les ofertan y se les proporciona información adecuada, la cual será difundida a través de los responsables de la Función de Compra como garantes de la libertad de elección, realizándose publicaciones periódicas a las que tendrán libre acceso los usuarios.

La acreditación dependerá del responsable de la función corporativa.

El procedimiento de acreditación de calidad constará de varias fases:

1. La solicitud del propio centro de ser acreditado.
2. La cumplimentación y remisión por parte del servicio o servicios del centro, de un protocolo de autoevaluación que refleje el cumplimiento de criterios y/o estándares.
3. La auditoría por profesionales cualificados, para verificar los estándares de calidad de cada servicio.
4. La concesión del nivel de calidad de cada servicio.

Se procederá a la publicación y difusión periódicas de los indicadores de calidad establecidos y de grado de cumplimiento en cada centro.

2. CAMBIOS INSTITUCIONALES EN ORGANIZACION Y GESTIÓN

Las modificaciones organizativas que se han establecido para apoyar las iniciativas sobre la calidad, pueden clasificarse en las siguientes:

- Ente Institucional (Corporativo) y Servicios Centrales.
- Servicios Territoriales.
- Organos de Participación
- Centros Sanitarios.

2.1 Ente Institucional (Corporativo).

El Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) tiene como función, la gestión de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social, en el ámbito territorial de las Comunidades Autónomas que no hayan asumido dichas competencias, así como en Ceuta y Melilla.

Por medio del R.D. 1983/1996, se desarrolla la estructura básica del Ministerio y en él se hace referencia en su artículo 10.9, a que entre las competencias de la Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria estará la elaboración y desarrollo de un Programa de Calidad Total.

La Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria es el órgano encargado, con carácter general, del desarrollo y mantenimiento de sistemas de información sanitaria, del impulso de nuevas formas de organización y gestión de centros y servicios, y de la planificación sanitaria en el ámbito del INSALUD.

Asimismo, le corresponden la planificación, control y seguimiento de los programas de carácter internacional relacionados con la planificación, organización y gestión de los servicios sanitarios en el ámbito del INSALUD. Sus funciones son:

- a) El diseño, implantación y desarrollo de los modelos organizativos y de gestión, así como el impulso de las mejoras organizativas de los centros provisoros de servicios sanitarios, en orden a dotarlos de mayor autonomía de gestión.
- b) El análisis, evaluación y seguimiento de los centros sanitarios en los que se implanten nuevos modelos organizativos y de gestión.
- c) La elaboración y desarrollo del Plan Estratégico del INSALUD, así como seguimiento y revisión anual, en colaboración con el resto de Direcciones Generales.
- d) El desarrollo e implantación de programas de Calidad Total.
- e) El desarrollo y mantenimiento del sistema de información y estadística sanitarias y cualquier otra herramienta que afecte a los centros y servicios del INSALUD.
- f) La propuesta de condiciones y requisitos mínimos para la acreditación de centros y servicios, así como el desarrollo del dispositivo de acreditación dentro del ámbito del INSALUD.
- g) La planificación y propuesta de necesidades técnicas del INSALUD, así como de las formativas de sus profesionales, en función de los modelos organizativos y de gestión.

La Dirección General de Atención Primaria y Especializada es el órgano encargado de la dirección y el desarrollo de la asistencia sanitaria. Tiene como funciones:

- a) La definición de los programas y objetivos asistenciales de los centros sanitarios y la propuesta de asignación de los recursos necesarios para tan fin.
- b) La coordinación, control y evaluación de las actividades asistenciales de los centros sanitarios.
- c) La coordinación, control y evaluación de los programas de formación continuada, formación posgraduada e investigación.
- d) El desarrollo de programas y actividades para la mejora de las prestaciones sanitarias, especialmente para la racionalización de la prestación farmacéutica.
- e) El análisis de las propuestas de necesidades de concentración de centros y servicios, así como la propuesta de suscripción de los correspondientes conciertos, su seguimiento y control.

2.2 Servicios Territoriales

Por medio de los reales decretos 347/1993 y 702/1998, se organizan los Servicios Territoriales del Instituto Nacional de la Salud, quedando ya sin efecto el antiguo R.D. 571/1990.

El R.D. 702/1993, sobre la organización de servicios territoriales tiene por objeto la reorganización periférica de los servicios sanitarios gestionados por el INSALUD, en su exposición de motivos se apuesta por la descentralización

“...permite establecer una mayor diferenciación entre las funciones de financiación, compra y provisión de los servicios sanitarios... y facilitará un adecuado desarrollo del proceso de transferencias en materia sanitaria”

y por la participación:

“...con la finalidad de dotarlos de una estructura organizativa que facilite la coordinación con las respectivas Comunidades Autónomas y de un modelo de coordinación en consonancia con lo establecido en tales Comunidades, así como la reforma de los órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión, en el sentido de permitir la representación de los ciudadanos”.

A través de ellos se regula la estructura organizativa del Instituto Nacional de la Salud en los entes territoriales en los que la Comunidad Autónoma no tenga asumidas las competencias; creando y organizando dos organismos fundamentales para el Control de la Calidad Asistencial:

- A la **Dirección Territorial** le corresponde la dirección, supervisión y coordinación del INSALUD, y relativo a la calidad, en el art.4:

“4. La coordinación y control de la función de compra de los servicios sanitarios que les corresponden a las Direcciones Provinciales.

1. La coordinación de los Centros y los recursos sanitarios del INSALUD en la Comunidad Autónoma, así como la supervisión, seguimiento y control de sus objetivos y la evaluación de planes y actuaciones en tales centros”.

- A la **Dirección Provincial**, le corresponde gestión del INSALUD, y relativo a la calidad, en el art.8:

1. La Dirección, coordinación y supervisión de los planes y actuaciones del INSALUD.

2. La evaluación, el seguimiento y el control de las prestaciones sanitarias.

3. La coordinación funcional de los servicios de atención primaria y especializada para garantizar la continuidad y el carácter integral de la asistencia.

4. La dirección y coordinación de las propuestas de los programas anuales de objetivos y presupuestos que se establezcan entre los órganos superiores del INSALUD y las Gerencias de Atención primaria y Atención Especializada.

5. La función de compra de servicios sanitarios, para su provisión por centros propios o ajenos del INSALUD.

2.3 Organos de Participación.

La participación en el control y vigilancia de la gestión se lleva a cabo por el Consejo General, por la Comisión Ejecutiva del Consejo General y por las Comisiones Ejecutivas Provinciales, regulado por R.D. 702/1998.

El Consejo General y su Comisión Ejecutiva es el órgano a través del cual se realiza la participación de los usuarios y consumidores, trabajadores,

empresarios y administraciones públicas en el control y vigilancia de la gestión del INSALUD.

Entre otras funciones, y referido al tema de la Calidad, le corresponde “elaborar los criterios de actuación del Instituto” (R.D.1855/79 art.3.2.a).

Las Comisiones Ejecutivas Provinciales, son órganos a través del cual se realiza la participación de los usuarios y consumidores, trabajadores, empresarios y administraciones públicas en el control y vigilancia de la gestión en el ámbito provincial.

2.4 Centros Hospitalarios.

La Organización de los Hospitales y Atención Especializada se regula por R.D. 521/87. Contempla las figuras de:

- Comisión Central de Garantía de Calidad.
- Comisiones Clínicas.
- Comisión de Bienestar Social.
- Servicio de Atención al Paciente.
- Coordinador de Programa de Calidad.

2.4.1. Comisión Central de Garantía de Calidad.

Se define como el Organismo Técnico de elaboración y trabajo en las áreas de Calidad Asistencial y Adecuación Tecnológica, como órgano de asesoramiento permanente a la Dirección Médica y Junta Técnico - Asistencial.

2.4.2. Comisiones Clínicas

El R.D. 521/87 define un mínimo de Comisiones que han de establecerse en el centro:

- Inspección Hospitalaria, profilaxis y política antibiótica.
- Historias clínicas, Tejidos y Mortalidad.
- Farmacia y Terapéutica
- Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos.
- Investigación, Docencia y Formación continuada.

2.4.3. Comisión de Bienestar Social

No está definida como instrumento de calidad, pero tiene funciones relacionadas con esta. Se define como órgano colegiado de asesoramiento al Director Gerente del Hospital.

Sus funciones son:

- a) Velar por el bienestar y atención general al paciente propiciando una actitud positiva de todo el personal del hospital.
- b) Analizar la información recogida por el Servicio de Atención al Paciente.
- c) Analizar aquellos aspectos específicos que puedan mejorar la asistencia, especialmente en los relativos a dietas alimenticias, hostelería, visitas familiares, encuestas de hospitalización, y en general, todas aquellas que contribuyan a hacer más satisfactoria la estancia de los pacientes en el hospital, elevando las propuestas que procedan a la Comisión de Dirección.

2.4.4. Servicio de Atención al Paciente

No está definida como instrumento de calidad, pero tiene funciones relacionadas con esta.

Está diseñado para atender personalmente a usuarios o a sus familiares, representantes o acompañantes.

Sus funciones son las de proporcionar información a los usuarios y a sus familiares sobre la organización del hospital, servicios disponibles, horarios de funcionamiento y de visitas y otras actividades que puedan contribuir a ayudarles, facilitarles y mejorar su estancia en el mismo.

Las reclamaciones a que hubiere lugar se tramitarán por escrito a través de este Servicio, siendo éstas sometidas a los responsables del área que corresponda, debiendo darles respuesta por escrito, firmada por el Director Gerente, o persona en quien delegue.

2.4.5 Coordinador de Programa de Calidad

Un paso más, ha sido la Circular INSALUD 2/97 sobre Coordinadores del Programa de Calidad.

Plantea la calidad como un objetivo esencial de la organización y la participación activa de los profesionales y la implicación de los directivos como los factores fundamentales para su consecución. Como instrumento destaca los órganos de participación.

Considera la calidad clínica, la efectividad científico - técnica, eficiencia en la utilización de recursos, accesibilidad, competencia profesional y

satisfacción del usuario como aspectos concretos integrantes de la Calidad Total.

Enmarca los Programas de Calidad en las directrices del Plan Estratégico del INSALUD.

La Circular crea la figura del Coordinador de Calidad de los Hospitales como profesional dedicado a impulsar acciones de calidad, con dependencia directa del Director Gerente.

El perfil profesional definido es de un facultativo de plantilla del hospital, con formación en gestión de calidad y experiencia clínica y docente.

Sus funciones son:

- Asesorar al Equipo Directivo en el diseño del Programa de Calidad del centro.
- Impulsar la constitución de las comisiones Clínicas y la Comisión Central de garantía de calidad.
- Colaborar con la Dirección médica en la definición de los objetivos de las Comisiones Clínicas.
- Dinamizar el funcionamiento de las Comisiones Clínicas fomentando la participación de sus miembros y garantizando la eficacia de sus sesiones.
- Colaborar con la Gerencia en el pacto de objetivos de calidad con cada uno de los Servicios.
- Diseñar el Plan de Seguimiento y evaluación de objetivos y colaborar con la Gerencia en el control de cumplimiento de los mismos y elaborará la Memoria anual del Programa de Calidad.
- Promover la participación de los profesionales en las actividades de mejora de la calidad desarrolladas en el centro.
- Facilitar el apoyo logístico y metodológico a los profesionales que participan en las actividades de mejora de calidad.
- Organizar y llevar a cabo actividades docentes en mejora de calidad.
- Impulsar la realización de actividades tendentes a la mejora de la calidad, procurando la difusión interna y externa de las mismas.

- Colaborar con la Comisión Mixta del Hospital en todos los temas relativos a la calidad asistencial, e informarla de las actividades desarrolladas en el hospital.
- Adecuar e implantar otras funciones que el INSALUD marque de manera corporativa, en materia de calidad.

2.5 Centros de Atención Primaria

La organización en Atención primaria se regula en el RD 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud.

Los órganos y estructuras que intervienen en el desarrollo e impulso de la mejora de la calidad se han desarrollado con posterioridad y no se encuentran recogidos en el citado Real Decreto. Son los siguientes:

- Consejo de Gestión, constituido por los Coordinadores de los Equipos de Atención Primaria, es el órgano de asesoramiento y dirección.
- Comisiones Clínicas, tanto en el ámbito de área como de Equipos de Atención Primaria (Programas de Salud, Cartera de Servicios, Registros, Educación para la Salud, etc).
- Comisiones de Calidad, constituidas en la mayoría de las Áreas y también en Equipos de Atención Primaria. Sus funciones son principalmente prestar asesoramiento a la Gerencia y a los profesionales y desarrollar propuestas sobre nuevas líneas de trabajo en calidad.
- Responsable de Calidad, tanto en el ámbito de Área como de Equipos de Atención Primaria, cuya labor es de coordinación, dinamización y asesoramiento.
- Comisión de Uso Racional del Medicamento, regulada por la circular 4/93 de INSALUD.
- Comisión de Salud y Seguridad.
- Comisión de Formación e Investigación.

NOTA TECNICA Nº 5:

ENFOQUE DE GESTION DE LA CALIDAD TOTAL
EN
LOS SISTEMAS SANITARIOS DE EUROPA

1. - INTRODUCCIÓN

A lo largo de varias décadas, desde que Codman plantease en 1910 su enfoque de evaluación de los servicios quirúrgicos de los hospitales norteamericanos, de acuerdo con los resultados obtenidos, se ha estado buscando una conceptualización operativa de la calidad en el sector sanitario.

Hoy día ya no parece discutible, que el sistema sanitario es una empresa de servicios y que garantizar la calidad de la asistencia sanitaria a la población, y mejorarla continuamente, debe ser un componente inherente a cualquier sistema sanitario, tanto en su faceta pública como privada. La atención a la salud implica necesariamente tanto a los profesionales de la salud y a la población que utiliza los servicios, como a los gestores y financiadores de los mismos, sin olvidar a los responsables políticos.

Los profesionales sanitarios prefieren definir la calidad en términos de componentes y resultados de la atención ofrecida, es decir la calidad técnica en sus dos dimensiones: que la atención prestada sea la apropiada y que ésta sea realizada correctamente.

Pero ha sido el vertiginoso incremento del coste de la atención sanitaria, unido a la justificada sensación de que el coste de la atención sanitaria es excesivo, y que el dinero no se gasta eficientemente, lo que hace una década hizo sonar la alarma exigiendo, tanto una evaluación de los resultados de la atención sanitaria, como una análisis del gasto y medidas para su contención mejorando los resultados.

Aceptando la importancia del punto de vista de los profesionales, últimamente se ha hecho hincapié en otras aproximaciones al problema. Quizás el cambio más llamativo ha sido el reconocimiento del enfermo como sujeto activo en la interacción con el profesional sanitario, cuya opinión en cuanto a la atención por recibir y los resultados obtenidos, debe ser buscada y respetada.

Por otro lado, actualmente en el sector empresarial está siendo primado la excelencia de las organizaciones y ello es extensivo a los sistemas sanitarios, al considerar la calidad en el sector sanitario. Con ello no se hace sino reconocer, que la complejidad y sofisticación actual de la atención sanitaria, requiere una organización adecuada y el compromiso de todos los implicados para conseguir la mejor atención posible a la población.

A mediados de los años sesenta, Donabedian adaptó a los hospitales de los EEUU, el vocabulario y los conceptos utilizados en el control y garantía de la calidad industrial, estableciendo un mecanismo para evaluar la calidad de la estructura, del proceso y del resultado en los hospitales. Semejante aproximación ofrecía a los financiadores de los servicios sanitarios considerables posibilidades de control, en un sector sanitario regulado por el mercado, los derechos del consumidor y las demandas judiciales.

En Europa, con valores sociales distintos, los sistemas de salud están regulados por la equidad y la accesibilidad con sistemas básicamente de dos tipos: financiación pública a través de los impuestos (Países Escandinavos, España, Italia, Reino Unido) y financiación mixta a través de "fondos" en aseguradoras no - gubernamentales sin ánimo de lucro, y de aseguradoras privadas (Alemania, Francia, Holanda, países de Europa central).

A estas diferencias de escenario entre Europa y Estados Unidos, hay que añadir las diferencias entre los distintos países europeos, en donde a lo largo de la última década se ha producido un número creciente y variopinto de reformas en sus sistemas sanitarios. El cambio constante y la consecuente incertidumbre constituyen en la Europa de los últimos años un escenario bastante común, en el cual hay que plantear cualquier aproximación a la gestión de la calidad de los sistemas sanitarios. En este contexto resultan difícilmente transferibles, sin adaptar, experiencias en países con distintos sistemas sanitarios y por ello la Organización Mundial para la Salud de la región Europea acuerda en 1984 con todos los países europeos, las "Metas de Salud para Todos en el año 2000".

En la Meta 31 se propone que "Todos los estados miembros tienen que haber estructurado, para 1990, mecanismos que garanticen efectivamente la calidad de la atención al paciente en su propio sistema de salud".

Las experiencias llevadas a cabo desde entonces en los distintos países europeos, deben analizarse en función de sus respectivos contextos en cuanto al propio sistema de salud y al proceso de reforma, a la política, lenguaje e historia de la garantía de calidad en el sector, así como a los condicionantes sociales y económicos.

Sin embargo teniendo en consideración ese contexto propio de cada país, se ha visto que los obstáculos a la implantación y desarrollo de la garantía y gestión de la calidad en organizaciones y sistemas sanitarios son similares. Por otro lado, también se ha hecho evidente como la rapidez de los cambios que se producen en los sistemas sanitarios europeos, junto a la legítima preocupación de los gestores sanitarios por la ineficiencia y el gasto innecesario, hace superar obstáculos que, en un principio, parecían infranqueables.

En España, la Ley General de Sanidad de 1986 promulga las bases legales necesarias y suficientes para exigir el desarrollo de programas de mejora de la calidad en el Sistema Nacional de Salud. La Primera Fase del Plan de Garantía de Calidad Total en Atención Sanitaria (1986-1992) iniciada por el INSALUD, responde a esa exigencia.

El problema reside en cómo resolver la aparente discrepancia existente entre el tradicional interés del profesional sanitario por mejorar la calidad de su trabajo y la ausencia de normas y metodologías explícitas y concretas que permitan evaluarlo, corrigiendo las deficiencias observadas y mejorando la eficiencia del sistema. Parece ser que la solución necesita el compromiso

explícito de los gestores sanitarios y debe contar con la colaboración motivada del mismo profesional.

Por ello puede ser de utilidad considerar una aproximación que implique y beneficie a todas las partes interesadas como puede ser el paradigma de Gestión de la Calidad Total para conseguir la Mejora Continua de la organización, que se estructura alrededor del siguiente núcleo de principios: mejorar los procesos, centrarse en la cadena proveedor - cliente tanto interna como externa, fomentar el desarrollo personal e incentivar la experimentación y el aprendizaje en la totalidad de la organización.

Se trata de realizar un cambio de cultura en la gestión de los sistemas y organizaciones sanitarias. Ello requiere que los profesionales y responsables de las organizaciones sanitarias comprendan y acepten que este cambio no solo es necesario para iniciar la vía hacia la Mejora Continua de la atención sanitaria a la población, sino que es altamente beneficioso para su propio desarrollo profesional y consecuentemente para el conjunto de la organización de la cual forman parte.

2. - REFERENTES EUROPEOS

Un primer referente dentro del entorno sanitario, sobre la calidad de los servicios sanitarios, es el considerar la iniciativa adoptada en 1980 por parte de la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud, sobre **“Salud para todos en el año 2000”**, que incluye entre sus Metas el Objetivo 31 donde se reconoce que

“para el año 2000 debe existir estructuras y procesos en todos los Estados miembros para garantizar la mejora continua de la asistencia sanitaria”,

en cuyo desarrollo se preveía que:

“De aquí a 1990, todos los Estados miembros deberán haber creado unas comisiones eficaces que aseguren la calidad de las atenciones a los enfermos en el marco de las prestaciones sanitarias”.

“Se podrá atender este objetivo si se establecen métodos de vigilancia continua y sistemática para determinar la calidad de los cuidados prestados a los enfermos, convirtiendo las actividades de evaluación y control en una preocupación constante de las actividades habituales de los profesionales sanitarios, y finalmente, impartiendo a todo el personal sanitario una formación que asegure y amplíe sus conocimientos”.

Al día de hoy esta meta no tiene probabilidades de cumplirse en el tiempo establecido, pero sí que ha servido de detonante para la puesta en marcha de diversas iniciativas con el objeto de evaluar y mejorar la calidad de los sistemas sanitarios en varios países europeos.

En relación con estos objetivos también deben tenerse en cuenta las aportaciones de EuroOMS recogidas en los siguientes documentos:

- La **“Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa”**, resultado de las Jornadas Europeas celebradas en Amsterdam los días 28-30 de mayo de 1994, donde se hace referencia expresa a:

- ✓ Los derechos humanos y los valores en la atención sanitaria.
- ✓ La información sobre los servicios asistenciales.
- ✓ El consentimiento formal del paciente ante las intervenciones médicas.
- ✓ La confidencialidad y la privacidad.
- ✓ El derecho a una adecuada asistencia y cuidado.

- La **“Carta de Ljubljana”** sobre las “Reformas de los sistemas sanitarios”, suscrita en junio de 1996, donde se hace referencia a la necesidad de que los sistemas de salud:

- ✓ Se basan en los valores que representa el respeto de la dignidad humana, la equidad, la solidaridad y la ética profesional.
- ✓ Se orienten a la salud.
- ✓ Se centren en las necesidades de las personas.
- ✓ Se basen en un sistema de financiación apropiado que permita la prestación de cuidados de forma sostenible.

y, en particular, en relación con la calidad hace la siguiente observación:

“Cualquier reforma de los sistemas sanitarios debe tener como objetivo – e incluir una clara estrategia para ello- la mejora continua de la calidad de la asistencia sanitaria, incluyendo su coste - efectividad”.

- El informe **“Reformas Sanitarias en Europa. Análisis de las Estrategias actuales”**, publicado posteriormente en 1997, difunde los logros de las reformas en diferentes países, y en su capítulo 6, “Proveer los servicios de manera eficiente”, recoge el hecho de que frente a la preocupación tradicional por la financiación de la asistencia y las estructuras organizativas en cuyo marco se proveen los servicios,

“se reconoce cada vez más que las reformas sanitarias deben preocuparse también de la calidad asistencial” y hace referencia expresa a la evaluación de la tecnología sanitaria, la auditoría como garantía de calidad, las guías clínicas y el desarrollo continuo de la calidad.

- Más recientemente, la Oficina Regional Europea ha presentado en su 48 sesión (Copenhague 14-18 de septiembre de 1998) el informe “**Salud 21: Política de Salud para Todos de la OMS para la Región Europea. 21 Metas para el Siglo XXI**”, y en la Meta 16 se refiere a la “Gestión de la calidad asistencial” en los siguientes términos:

Meta 16: “Para el año 2010, los Estados miembros deberán asegurar que la gestión del sector sanitario, desde los programas de salud comunitarios hasta la atención clínica personal, está orientada al logro de resultados de salud”,

y en particular:

Meta 16.1: “La efectividad de la mayoría las estrategias de salud pública deberá establecerse en términos de resultados de salud y las decisiones sobre estrategias alternativas para resolver los problemas personales de salud se realizarán comparando los resultados con su coste – efectividad”.

Meta 16.2: “Todos los países deberán tener un sistema nacional para evaluar y desarrollar de forma continua la calidad de la asistencia, refiriéndose al menos a los 10 indicadores de salud prioritarios, de forma que se incluya el análisis sobre su impacto sobre el nivel de salud, su coste - efectividad y la satisfacción de los pacientes”.

Meta 16.3: “Los resultados de salud deberían lograr una mejora significativa al menos en 5 indicadores de forma que su evaluación demuestre una mayor satisfacción de los pacientes en relación con la calidad de los servicios recibidos y la observación del respeto de sus derechos”.

Año	Referente
1980	OMS “Salud para todos en el año 2.000”
1994	Declaración para la “Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa”
1996	Carta de Ljubljana sobre “Reformas de los Sistemas Sanitarios”
1997	Informe “Reformas Sanitarias en Europa. Análisis de las Estrategias actuales”
1998	Informe de la OMS “Salud 21: Política de Salud para Todos” . 21 Metas para el Siglo XXI

3. - UNIÓN EUROPEA

Las autoridades de la Unión Europea, aún cuando inicialmente consideraron que los aspectos de la calidad de los servicios sanitarios eran un problema nacional y no europeo, progresivamente se han preocupado de ello desde diferentes campos.

Como iniciativas llevadas a cabo en el campo de la salud por la Unión Europea, tenemos entre otras las siguientes:

➤ La Dirección General XIII de la Comisión de la Unión Europea plantea en su propuesta del programa AIM de 1987 la importancia de normalizar la información del sistema sanitario en cada país, y óptimamente en toda Europa, como paso necesario previo a la evaluación y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria a la población. El Proyecto HOSCOM desarrolla esta propuesta de 1989 a 1991 con la aportación de la experiencia española.

➤ Diferentes normativas tendentes a garantizar un libre mercado de bienes y servicios en un clima de confianza como parte del reconocimiento mutuo y basándose en los criterios de normalización señalados en la Directiva del Consejo 83/189/CEE que afecta a los criterios de calidad y seguridad de los productos y por tanto al equipamiento y los suministros médicos, dando lugar posteriormente a adoptar medidas como la obligación del marcado “CE”.

➤ La circulación de profesionales sanitarios ha fomentado que cada país cree un sistema de reconocimiento de las credenciales profesionales de los demás países. Ello despertó la conciencia sobre la calidad de la formación profesional y en nuestro país consolidó el sistema MIR de formación de especialistas y el modelo actual de Acreditación Docente.

➤ En 1990 la Dirección General XII de la Comisión de la Unión Europea aprueba el proyecto de acción concertada COMAC/HSR/QA, entre 15 países, con el objeto de evaluar las diferentes estrategias de garantía de calidad asistencial y su efecto en los cuidados hospitalario utilizando cuatro indicadores globales. El estudio que analiza los resultados de 262 hospitales con significativa aportación española (88 hospitales), constata la limitación de las actividades de calidad mayoritariamente al ámbito puramente médico. Indica asimismo la absoluta necesidad del compromiso del vértice gestor para integrar estas actividades con las del resto del hospital, y señala la importancia de los factores estructurales y culturales para conseguir resultados aceptables.

➤ La preocupación por estos temas determinó que el Consejo de Ministros del Consejo de Europa de 30 de septiembre de 1997 adoptara una Recomendación sobre el desarrollo de la puesta en marcha de sistemas de mejora de la calidad en los Sistemas de Salud, de forma que durante 1998 su difusión ha ido permeabilizando en los Gobiernos, en las Instituciones Sanitarias y las Organizaciones Profesionales.

➤ Más recientemente, en el curso del mandato de la presidencia de Austria, el Consejo de Europa celebró una reunión de expertos de la U.E. (mayo de 1998), y posteriormente la Conferencia Informal de Ministros de Salud, en Bad Tatzmannsdorf / Burg Schlaining, el 24 de julio abordó de forma extensa las oportunidades y los límites de la cooperación de los Estados miembro y la necesidad de intercambio de información sobre las siguientes áreas:

- Sistemas y métodos de aseguramiento de la calidad.
- Formación e investigación en este campo.
- Aseguramiento de la calidad en la práctica asistencial.
- Desarrollo de la “Medicina Basada en la Evidencia”.
- Desarrollo de bases de datos.
- Cooperación en el establecimiento de sistemas de información comunes.
- Diseño de guías de práctica clínica.
- Métodos de evaluación.
- Sistemas de incentivación profesional.
- Cuestiones de terminología.

Estas reuniones representan una iniciativa importante y pone de manifiesto la preocupación actual de los Gobiernos y los profesionales por empujar el desarrollo de las políticas y los sistemas de calidad en Europa. En consecuencia, marcan un referente regulador para el desarrollo de la política de calidad en nuestro Sistema Nacional de Salud y en particular en el Plan de Calidad Total del INSALUD.

Por otra parte, la organización hospitalaria más importante de Europa, “The Standing Committee of Hospitals of the European Union” (HOPE) ha demostrado su interés creando un grupo de trabajo específico que ha realizado una encuesta con fin de conocer el desarrollo de los sistemas de calidad y de acreditación de centros en los diferentes países.

En los sistemas sanitarios de países como Alemania, Austria, España, EEUU, Francia, Holanda, Italia, los Países Escandinavos y el Reino Unido, se están llevando a cabo experiencias utilizando diferentes modelos de excelencia empresarial y sistemas de la calidad (Modelo Malcom Baldrige, Modelo Europe, ISO 9000) como estrategia de gestión para conseguir la mejora continua de sus organizaciones. En Latino - América existen algunos ejemplos como el de Brasil, en Asia los de Japón e Indonesia, así como algunos otros en el continente africano.

Es evidente que muchos están trabajando en los mismos problemas y que algunos tienen soluciones para problemas específicos que podemos utilizar siempre y cuando los contextos sean suficientemente parecidos para poder adaptar esas soluciones y estrategias en otro lugar.

A continuación se analizan brevemente algunas iniciativas para mejorar la calidad de la atención sanitaria en distintos sistemas sanitarios, que pueden servir de referencia, tanto por sus diferencias como por sus similitudes.

3.1 REINO UNIDO

En la evolución del NHS hasta el Nuevo NHS de 1997, el informe Griffiths (1983) marcó un hito con la subsecuente introducción del mercado interno definido en el documento Working for Patients (1989) en donde se buscaba un mayor control de las organizaciones por parte de los gestores, estableciendo acuerdos contractuales entre financiadores y proveedores de los servicios basándose en coste, volumen, calidad y oportunidad. A pesar de existir desde 1982 indicadores de resultados como coste/caso o altas definitivas, la ausencia de datos comparativos y la resistencia de los médicos para proteger su autonomía clínica impidió el establecimiento de contratos sobre la base del desempeño del servicio.

Por ello, en 1992 el documento Health of the Nation establece objetivos para reducir la incidencia y mejorar los resultados en ciertos grupos de patologías. Aunque estos objetivos se han revisado en el libro verde Our Healthier Nation (1998) siguen siendo indicadores poblacionales en vez de reflejar el desempeño individual del médico, o de las unidades asistenciales.

El enfoque en el enfermo se plasmó en el Patient's Charter (1991) en donde se establecen los derechos, las garantías de servicios y los objetivos del NHS para todos los ciudadanos.

En 1997 el Sistema Nacional de Salud (NHS) se redefine en los documentos The New NHS:

- Modern, Dependable (**Moderno, Fiable**) en Inglaterra;
- Designed to care (**Diseñado para Cuidar**) en Escocia;
- Putting Patients First (**Poniendo a los Enfermos en Primer Lugar**) en Gales;
- Fit for the Future (**Adecuado para el Futuro**) en Irlanda del Norte.

Estos libros blancos tienen una coherencia conceptual: tratan la calidad como un objetivo prioritario no ya como un accesorio deseable, e incluyen nuevas iniciativas relacionadas con la calidad. Ello indica la creciente importancia de la mejora de la calidad como una función de los sistemas sanitarios en donde la calidad ya no es una opción sino una responsabilidad y significa la mejora continua a nivel del sistema.

Los objetivos prioritarios de la agenda nacional para la calidad son:

- Mejorar el diseño y la gestión de los distintos sistemas, programas y organizaciones sanitarias.
- Aportar información que permita la evaluación de las macro-políticas sanitarias.
- Optimizar la atención individual al enfermo.
- Proveyendo servicios apropiados, es decir procesos de diagnóstico y tratamiento.
- Identificando los resultados individuales de la atención médica.
- Gestionar la salud de población.
- Proveer los recursos y acciones adecuadas al nivel de poblaciones definidas.
- Monitorizar el estado de salud de la población al objeto de revisar planes, programas, políticas y recursos para atender mejor sus necesidades de salud.
- Comprometer a la población como usuarios informados y enfermos activos participantes.
- Registrar y analizar la efectividad de las actuaciones.

Esos objetivos representen una política de reformas de estructura, organización y programas que permitan definir los principios, las responsabilidades y los resultados deseables para una calidad en la atención médica. Las acciones necesarias para plasmar dichas reformas nacen tanto de una voluntad política, como de una comprensión compartida de los problemas, brechas y deficiencias del sistema sanitario.

Entre los temas considerados como problemas y deficiencias más comunes el NSH considera como prioritarios:

- ✓ Identificar y mejorar la variabilidad injustificada en la práctica clínica y en el servicio prestado.
- ✓ Falta de coherencia conceptual e integración operativa de las diferentes iniciativas.

- ✓ Falta de autoridad y responsabilidad claras, tanto por parte de los médicos, como de los gestores.
- ✓ Estándares o indicadores objetivos de calidad insuficientes para evaluar la calidad de la asistencia.
- ✓ Falta de incentivos para fomentar la calidad e implementar sanciones y acciones correctoras.
- ✓ Falta de datos de desempeño que permitan comparaciones.
- ✓ Clarificar los supuestos y la lógica de la auto-regulación de los profesionales versus la regulación externa y cómo se pueden complementar.
- ✓ El papel de la Atención Primaria.
- ✓ Organización de la política de calidad en todo el NHS para que las diferentes estructuras, procesos y objetivos se integren coherentemente.

Aunque la filosofía de las reformas es común en todo el Reino Unido, y las deficiencias son, en general, compartidas, existen grandes diferencias regionales en cuanto a los recursos, prioridades y situaciones políticas que van a influenciar el desarrollo de las políticas sanitarias.

Las diferencias van a estar determinadas por las características de las poblaciones, la distribución de la experiencia, el estado del arte en cuanto a procesos críticos, y temas básicos de infraestructura como es la recogida de datos y la tecnología de la información. Por tanto las recomendaciones estratégicas y operativas, aunque son intencionalmente genéricas se aplicarán de forma distinta en las cuatro regiones.

Hay un acuerdo general en cuanto a los retos básicos para la mejora de la calidad en la asistencia sanitaria del NHS. Se consideran como áreas clave de mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todo el Reino Unido, la variabilidad injustificada en la práctica médica y la brecha entre evidencia y desempeño.

3.1.1 Estrategia en el ámbito central.

En el ámbito central se establecen las políticas y se aumenta la capacidad de la organización.

Las políticas están establecidas en los Libros Blancos publicados en 1997-98; la misión, la visión y los objetivos para medir y gestionar la calidad de la asistencia son obligatorios y urgentes, equilibrando el sesgo, no calculado, que existía sobre coste y eficiencia.

Para aumentar la capacidad de la organización se están estableciendo marcos nacionales para servicios clínicos y una estructura para la evaluación del desempeño con la creación de dos altas instituciones todavía no bien definidas, pero concebidas como complementarias: la Comisión para la Mejora de la Salud (CHI) y el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE). La primera con poderes ejecutivos para intervenir en casos de deficiencias asistenciales y corregir los procesos inadecuados, y la segunda para garantizar que la información y consejos sobre la buena práctica médica son conocidos y difundidos.

El papel de la CHI no está todavía bien definido. Se discute si debe ser un órgano de inspección y regulación o uno de consulta y asesoramiento. Parece, sin embargo, que su función será, por un lado garantizar que los procesos necesarios para llevar a cabo lo que se empieza a denominar como “clinical governance” (gestión clínica) están establecidos y funcionando, y por otro lado llevar a cabo inspecciones periódicas de las organizaciones del NHS.

El NICE tiene como función la de reunir, desarrollar, aprobar y promulgar los estándares de buena práctica médica y varios interrogantes por resolver. Se plantea si, además, pudiese llegar a definir los estándares de los indicadores o medidas de la calidad de la práctica médica; para ello deberá establecer sinergia con organizaciones existentes y que tienen esa misma función, como es el Centro para Revisión y Difusión del NHS. Deberá asimismo definir las líneas de acción para que las recomendaciones de buena práctica médica se cumplan por parte de los profesionales y para conseguir el cambio de comportamiento de los médicos. En cuanto a las guías y protocolos de buena práctica médica deberá definir qué grado de modificación está justificado como local.

Con los marcos nacionales para servicios clínicos se pretende establecer un mínimo común denominados entre los departamentos de sanidad de las cuatro regiones para desarrollar guías de asistencia y protocolos con sus correspondientes procesos de evaluación de resultados para diferentes procesos clínicos, ya que cada una marcará sus prioridades asistenciales según las necesidades percibidas de su población.

3.1.2 Objetivos operativos regionales.

La implementación de esas estrategias en el ámbito regional requiere establecer estándares / indicadores de desempeño cruzados con las guías de buena práctica y seleccionar los mínimos necesarios para controlar e informar cuando se establecen contratos por desempeño.

Este paso inicial es fundamental ya que los contratos basados en especificaciones de desempeño, con amplios precedentes en el Reino Unido, no han tenido un marco de “prácticas excelentes” al que referirse.

El problema se plantea en quién y cómo se seleccionan esos estándares / indicadores; de arriba abajo o a la inversa.. Una combinación de ambas parece la más viable políticamente, pero la más difícil de organizar y gestionar.

3.1.3 Responsabilidades locales.

En el ámbito local no ha existido una noción clara sobre quién tiene que responder de la falta de calidad en los problemas asistenciales y por ello se ha introducido en los últimos libros blancos el concepto de clinical governance (gestión clínica).

En el documento **A first class service, quality in the NHS** (1998), se define clinical governance como “un marco con el cual las organizaciones del NHS crean un entorno en el que pueda florecer la excelencia de la asistencia médica y se hacen responsables de mejorar la calidad de sus servicios, salvaguardando lo altos estándares de asistencia establecidos”.

Se establece así la responsabilidad de los gestores por la calidad de la asistencia en sus organizaciones pero no explícita cómo conseguir que los clínicos trasciendan sus valores éticos profesionales y se comprometan con la mejora de la calidad en su organización, aceptando algún sistema de autorregulación y / o evaluación externa diferente de la auditoría médica/clínica que no ha tenido un gran impacto a nivel local ni sistemático. Tampoco define cómo se va a aplicar la gestión clínica en atención primaria.

3.1.4 En resumen

El NHS ha iniciado con su **Agenda para la Calidad** (1997-98) un programa a largo plazo (10 años) que requiere la integración de la política de gobierno con su propia estrategia y recursos para conseguir la mejora continua del sistema.

Los temas que se plantean como prioritarios en la estrategia de la Agenda para la Calidad son:

- ✓ Clarificar las alternativas de autorregulación profesional versus regulación gubernamental.
- ✓ Definir la importancia (o no - importancia) de los incentivos con relación a lo que existe o debería existir.
- ✓ Definir la gestión clínica en términos operativos.
- ✓ Incluir la atención primaria en todas las iniciativas de calidad.
- ✓ Diseñar prioritariamente una estrategia para incrementar la capacidad de la organización. Comprometerse con la población por medio de nuevos canales de comunicación y educación.

3.2 FRANCIA

En la década de los 70 se inició la evaluación de la calidad asistencial en Francia, que se centró en la calidad técnica sin llegar a evaluar resultado alguno.

A mediados de los 80 aparecieron por primera vez proyectos aislados y esporádicos de gestión de calidad total que eran generalmente iniciados por consultores privados con experiencia únicamente en el sector industrial y que no consiguieron el adecuado enfoque para su implantación en organizaciones sanitarias fundamentalmente por la escasa participación de los médicos.

Al igual que en la mayoría de los países europeos el escaso interés de los médicos por participar en estas iniciativas, se reconoce como el factor limitante más importante. Por lo general el nivel gestor lanza los proyectos sin buscar la motivación de los médicos cuya resistencia es el mejor obstáculo para el desarrollo de programas de mejora continua.

La consecuencia fue que la mayor parte de los proyectos de Mejora Continua de la Calidad en esos tiempos se relacionaron con actividades administrativas (admisión, servicios alimentarios, transporte), y prácticamente ninguna con mejoras en la actividad clínica.

En 1990, cinco hospitales franceses participaron en el proyecto acción concertada **COMAC/HSR/QA de la DG XII** de la Comisión de la Unión Europea en 1990, cuyo objetivo era evaluar las diferentes estrategias de garantía de calidad asistencial y su efecto en los cuidados hospitalarios utilizando cuatro indicadores globales.

Ese mismo año el Gobierno crea la **Agencia Nacional para el Desarrollo de la Evaluación Médica (ANDEM)** en un intento de promover el interés por la calidad y la evaluación de la atención sanitaria. La misión del **ANDEM** es “compartir y promover los conocimientos adquiridos en materia de evaluación y contribuir a una mejor comprensión de los mecanismos que vinculan evaluación, mejora de la calidad y regulación de la asistencia sanitaria”.

Desde 1991 existe en Francia una ley en donde se estipula que los hospitales públicos y privados deben de documentar la calidad y la eficiencia de la atención desarrollando acciones que reflejen una política de evaluación, tanto de la práctica profesional como de la organización de la asistencia sanitaria.

En ese contexto ANDEM ha trabajado con los hospitales públicos y privados desarrollando actividades de evaluación. Entre 1993 y 1994 evaluó la práctica profesional en más de 100 hospitales. En 1994 el Ministerio de Sanidad Francés Gobierno delegó en ANDEM el mandato de establecer un programa nacional de demostración basado en los métodos de la garantía de la calidad y Mejora Continua.

Más recientemente, 1996, el Gobierno inicia una reforma sanitaria especialmente dirigida a garantizar la calidad de la asistencia sanitaria en los hospitales públicos y privados, exigiendo su acreditación en un lapso de 5 años y establece unos nuevos derechos de los enfermos.

Para ese objetivo el Ministerio de Sanidad crea la “**Agencia Nacional para la Acreditación y la Evaluación en Sanidad**”. El mandato de esta agencia es desarrollar métodos de acreditación y validar los informes de acreditación realizados.

Por otro lado el desarrollo de la Mejora Continua de la Calidad lo inicia ANDEM por mandato del gobierno y diseña un programa con el fin de identificar los factores críticos necesarios para implantar dichos métodos en los Hospitales. Los proyectos se basan en un tema escogido entre los siguientes: prevención de la infección nosocomial, seguridad del enfermo anestesiado, historias clínicas, seguridad en las transfusiones, seguridad en la medicación y control de la violencia en instituciones psiquiátricas; los equipos responsables del proyecto en cada hospital recibieron formación en las herramientas y métodos de calidad. La gestión de los proyectos se ajustó al ciclo PDCA (Planificar, Hacer, Revisar, Actuar) y para su desarrollo utilizan el método conocido como “QI Storyboard”.

El Proyecto involucró a 28 hospitales en un programa que duró 18 meses. Estos 28 hospitales fueron elegidos entre 260 hospitales. Cada proyecto - hospital recibe 80.000 \$ para un período de 18 meses. Aunque estos proyectos aún no han sido finalizados, la experiencia preliminar indica que ha sido beneficiosa la utilización por los hospitales de un modelo único y del proceso evaluativo conjunto. Sin embargo aunque los proyectos tuvieron buenos resultados iniciales al implantar acciones de mejora, la generalización de estos métodos encontró una falta de interés que seguramente refleja la dificultad cultural para establecer una metodología de abajo - arriba en una organización francesa.

El Gobierno ha lanzado el año pasado una segunda fase que intenta generalizar los proyectos en los hospitales iniciales e abrir nuevas iniciativas en otros 28 centros seleccionados entre 400 hospitales que han solicitado fondos para esta segunda fase.

3.3 SUECIA

La administración sanitaria central en Suecia presenta dos niveles: el nivel político representado por el Ministerio de Salud y un órgano consultivo la **Comisión Nacional de Salud y Bienestar (NBHW)** con funciones de supervisión en todos aquellos aspectos que hacen referencia a la asistencia sanitaria.

La NBHW estableció en 1996, unas directrices de obligado cumplimiento para los centros sanitarios y referidos a la mejora de la calidad en la asistencia sanitaria y servicios médicos. Estas directrices se basan en una aplicación de las Normas de la ISO 9000 al sector sanitario.

En este documento, se expone que “todos los servicios de salud y médicos deben mantener sistemas para planificar, implementar, evaluar y mejorar la calidad de los servicios. Todo el personal debe participar en la mejora continua y sistemática de la calidad de los servicios”.

Para la consecución de este objetivo, el sistema de mejora de la calidad que se implante en los centros, debe asegurar:

- La dignidad, integridad, participación y seguridad del enfermo.
- El proveedor de asistencia debería proveer instrucciones y estar seguro de que existe un sistema efectivo para la mejora de la calidad en cada unidad de la organización, recursos y métodos que deberían asegurar la calidad de la asistencia sanitaria y los servicios médicos.
- Que cumple los requerimientos establecidos para el sistema de mejora de la calidad y referente a:
 - ✓ Coordinación y cooperación.
 - ✓ Métodos para el diagnóstico y asistencia.
 - ✓ Que incluye procedimientos para introducir nuevos métodos de diagnóstico y asistencia.
 - ✓ Desarrolla las capacidades profesionales.
 - ✓ Dispone de procedimientos para las compras y adaptación de tecnología.
 - ✓ Dispone de procedimientos para el análisis de riesgos y gestión de no conformidades.
- Que realiza autoevaluaciones, y evaluaciones periódicas de su sistema de calidad.
- Que el sistema de calidad está documentado.

Como soporte y apoyo a las iniciativas de mejora, en Suecia se han desarrollado las siguientes iniciativas:

- ✓ Un procedimiento de autoevaluación y un sistema de galardones, que está basado en el Modelo de Excelencia Baldrige.
- ✓ Un conjunto de registros sobre aspectos de calidad en la asistencia sanitaria: registro de sucesos adversos, de cáncer, de altas hospitalarias, de causas de muerte, de abortos y esterilizaciones, etc.

- ✓ Guías Nacionales de práctica médica.
- ✓ Mecanismos de supervisión sobre como se utilizan los recursos.

3.4 HOLANDA

La política de calidad en asistencia sanitaria en Holanda, se desarrolla de forma activa a principio de los 90 a partir de las "conferencias sobre calidad" en donde se reúnen todos los actores que participan en el sector sanitario: compañías de seguros, proveedores de servicios y pacientes. Gran parte de las conclusiones de dichas conferencias, han sido adaptadas por el Gobierno y los centros sanitarios para establecer sistemas de calidad en sus organizaciones.

En abril de 1996, se publica el **Acta de Calidad para las Instituciones Sanitarias**, la cual se aplica a todas las organizaciones, tanto públicas como privadas, y en donde se establecen las directrices, que deben cumplir las instituciones sanitarias para salvaguardar los derechos de los pacientes y para gestionar su sistema de mejora de la calidad.

En esta **Acta** se recoge que la institución es responsable de implantar y mantener un sistema de aseguramiento de la calidad, muy similar al definido por la ISO 9000. Siendo los requerimientos que debe cumplir la institución sanitaria los siguientes:

- ✓ Una institución sanitaria está obligada a proveer asistencia a cualquier paciente de forma justificada y apropiada. Tratarle o aconsejarle de forma respetuosa con independencia de la edad, sexo, raza, convicciones religiosas o ideológicas y de su situación financiera.

Para implantar esta obligación la institución debe desarrollar una gestión de calidad, siendo la finalidad de esta política:

- ✓ La asistencia apropiada y justificada debe ser llevada a cabo teniendo en cuenta su eficiencia, efectividad, continuidad en la asistencia, seguridad y aceptabilidad social.
- ✓ Trato respetuoso con el tratamiento del enfermo, teniendo en cuenta su contexto social y con los siguientes entre otros elementos en mente: recepción personal, idónea referencia de la petición individual de asistencia, protección de la vida personal y derecho a la autodeterminación, mediación en caso de quejas y gestión de las reclamaciones, información y participación del enfermo/cliente.

- ✓ Esta política de la calidad requiere una mínima discusión y consenso con las personas implicadas, una supervisión y verificación continuada, el control y mejora de los procesos, con la finalidad de alcanzar los anteriores objetivos.

La política de la calidad de la institución con los elementos antes descritos, se la debe dar forma: en el manual de la calidad y en el plan de la calidad y ratificados por la máxima autoridad de la institución.

El **Plan de Calidad de la Institución** debe al menos contener los siguientes aspectos:

- ✓ La descripción de la situación existente y las metas operativas formuladas, por la institución dentro de los temas incluidos en el manual de la calidad.
- ✓ Los períodos en los que la institución intenta conseguir dichos objetivos en el campo de la mejora de la calidad y la periodicidad con la que va a ser evaluada el nivel de la calidad
- ✓ Los instrumentos y procedimientos ordenados de medida a través de los cuales puede conocerse el progreso sobre la calidad y los resultados.
- ✓ La definición de la metodología a utilizar en la investigación sistemática de la satisfacción de los enfermos/clientes, los resultados de estos estudios y las medidas que se proponen para corregirlos.

NOTA TECNICA Nº 6:

**OBJETIVOS DE CALIDAD DEL CONTRATO DE
GESTIÓN PARA EL AÑO 2000**

INDICE

OBJETIVOS DE CALIDAD DEL CONTRATO DE GESTIÓN 2000

1. **Atención Primaria:**
2. **Urgencias 061**
3. **Atención Especializada:**

1.- ATENCION PRIMARIA

OBJETIVOS DE CALIDAD: CONTRATO DE GESTIÓN 2000:

1.- La Gerencia de Atención Primaria se compromete a:

- Tener implantada la Comisión e Calidad en el año 2000, presidida por un miembro del equipo directivo y con representación de todos los estamentos profesionales, cuyas funciones irán encaminadas a garantizar la elaboración, seguimiento y evaluación de los Programas de mejora de la Calidad, tanto en el Area como en las Unidades Clínico – asistenciales, fundamentalmente los EAP, así como la puesta en marcha de un registro de proyectos y un procedimiento de validación.
- Responsabilizar a la Comisión de Calidad en la elaboración y difusión de un Informe Anual, que al menos contemplará los siguientes aspectos:
 - Grado de participación de los profesionales en los Programas de Mejora de la Calidad.
 - Evaluación de las actividades realizadas.
 - Análisis de los resultados obtenidos.

2.- La Gerencia de Atención Primaria se compromete a establecer propuestas de mejoras y compromisos de reevaluación de la Cartera de Servicios y de los Programas de mejora de la Calidad, de acuerdo con los criterios establecidos por la Subdirección General de Atención Primaria. (Anexo X).

3.- La Gerencia de Atención Primaria adoptará las medidas organizativas que garanticen que:

- a) El tiempo de espera de entrada a consulta sea el pactado, siendo objetivos institucionales para el conjunto del INSALUD los siguientes:
 - tiempo de espera inferior o igual a 15 minutos para el 80 % de los usuarios.
 - tiempo de espera superior a 30 minutos para un 5 % de los usuarios como máximo.

- b) El tiempo medio de consulta a demanda en medicina general sea igual o superior a 6 minutos y en pediatría igual o superior a 8 minutos.
- c) Se adecuen las consultas de tarde en núcleos urbanos (más de 10.000 habitantes) conforme a las expectativas que los ciudadanos vienen manifestando en las encuestas de opinión.
- d) Las reclamaciones planteadas por los usuarios sean contestadas por la Gerencia, en un plazo máximo de 30 días, y preferentemente, en menos de 20 días, oído el Coordinador del Equipo de Atención Primaria.

4.- Calidad percibida.

En el año 2000 se mantiene la línea de monitorización de la opinión de los usuarios y de sus expectativas, respecto a los servicios de Atención Primaria, a través de la encuesta de satisfacción realizada de forma centralizada y con medios externos a las propias Gerencias.

Los resultados de la encuesta deberán orientar a cada Gerencia para la adopción de líneas de mejora encaminadas a satisfacer las expectativas de los usuarios o a corregir los aspectos deficitarios que se detecten a través de la opinión de los mismos.

5.- Calidad de la prescripción farmacéutica.

La Gerencia se compromete a profundizar en la mejora de la calidad de la prescripción farmacéutica. A tal fin se efectuará el seguimiento de los indicadores de calidad de la prescripción que se establecen en el apartado correspondiente a la gestión de la prestación farmacéutica. (Anexo XII).

CONTRATO DE GESTIÓN 2000

ANEXO X: MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO DE GASTO	
Código	Nombre del Centro de Gasto

Comisión de Calidad	Sí
Número de reuniones de la Comisión de Calidad en el 2000	4
Registro de proyectos	Sí
Procedimiento de validación de proyectos	Sí
Informe anual de Calidad	Sí

Responsable de Calidad de Area con formación en Mejora de Calidad	Sí
<u>Miembros de la Comisión de Calidad con formación en Mejora Calidad</u> Miembros de la Comisión de Calidad	
<u>Responsable/s de Calidad de EAP con formación en Mejora Calidad</u> Responsable/s de Calidad de EAP	

Nº de Programas de Mejora reevaluados antes de finalizar el 2000*. * Incluye Programas de Area o EAP, y los reevaluados en 1999	
<u>Nº de Programas de Mejora en desarrollo durante el 2000*</u> * En fase de diseño, evaluación inicial o aplicación de medidas correctoras.	

CONTRATO DE GESTIÓN 2000

ANEXO X: MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA: INSALUD
CENTRO DE GASTO:

INDICADOR	Evaluación S.G.A.P. 1999	Evaluación G.A.P. 1999	Propuesta S.G.A.P.	Compromiso Gerencia 2000
% Consumo Envases de Genéricos (EFG) / Total Envases				
% Consumo de Envases U.T.B. / Total envases				
U.T.B. / Pobl. Ajustada (Envases por 100 Pers. Protej. Ajustadas)				
R05C2 / Pobl. Ajustada (Envases por 100 Pers. Protej. Ajustadas)				
N05B + N05C / Pobl. Ajustada (Envases por 100 Pers. Protej. Ajustadas)				

2.- URGENCIAS DEL 061

OBJETIVOS DE CALIDAD: CONTRATO DE GESTIÓN 2000:

1.- La Gerencia se compromete a realizar una evaluación de, al menos, los ítems de la hoja clínico – asistencial en las UMES y, en su caso, en el resto de las Unidades, con los criterios establecidos por la Subdirección General de Atención Primaria y expresados en el apartado 3.4., en el mes de Octubre, enviando los resultados antes del 15 de Noviembre del año 2000.

Apartado 3.4.:

- Datos de afiliación: nombre, apellidos, CIP de la T.S.I. o, en su defecto, la entidad aseguradora.
- Centro de Salud o, en su defecto, Zona Básica a que pertenece.
- Fecha.
- Hora de atención.
- Anamnesis y Datos de exploración.
- Juicio y codificación clínica (CIE 9).
- Atención realizada: indicación terapéutica, tratamiento farmacológico administrado, si procede, (principio activo, dosis y pauta) y técnicas terapéuticas practicadas.
- Derivación (si procede): Hospital, Centro de Salud o PAC.
- Identificación del facultativo.

2.- La Gerencia se compromete a la implantación de la Guía Farmacoterapéutica. En caso de prescripción, realizará una evaluación del grado de adhesión a la Guía Farmacoterapéutica, enviando los resultados antes de diciembre del año 2000 a la Subdirección General de Atención Primaria.

3.- En concordancia con los objetivos institucionales se potenciará que la indicación farmacoterapéutica se efectúe bajo Denominación Común Internacional (DCI). En caso de prescripción, se dará prioridad a las políticas que promueven la prescripción de las especialidades farmacéuticas genéricas, acompañadas de una valoración de la relación coste – eficacia.

4.- La Gerencia de Atención Primaria del 061 adoptará las medidas organizativas que garanticen que:

- a) Las reclamaciones planteadas por los usuarios sean contestadas por la Gerencia, en un plazo máximo de 30 días, y preferentemente, en menos de 20 días, en el caso del CCU y las UMES, oído el Coordinador de la Unidad Clínico – asistencial.
- b) Se realice una evaluación sobre el conocimiento entre la población del Servicio 061 y sobre la calidad percibida por los usuarios, a través de una encuesta de opinión / satisfacción, que estará diseñada en el mes de mayo por un grupo técnico dirigido por la Subdirección General de Atención Primaria.
- c) El tiempo entre llamada y llegada no será superior a lo expresado en el Anexo VII.

CONTRATO DE GESTIÓN 2000

ANEXO VII: CALIDAD

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL 061 DE:
CENTRO DE GESTIÓN:

INDICADOR	Año 1999 EVALUACION	Año 2000		
		Compromiso Inicial	Nuevas acciones	Compromiso Final

% Global ponderado. Actuaciones con hoja de asistencia cumplimentada correctamente				
	Ponderación			
Datos de Identificación Paciente	5			
Datos de Identificación UME y aviso	10			
Antecedentes	10			
Situación actual de la Enfermedad	20			
Juicio Clínico codificado	20			
Tratamiento y Técnicas	20			
Derivación y destino	10			
Identificación del Facultativo	5			
% Reclamaciones contestadas en menos de 30 días				

UNIDADES MOVILES DE EMERGENCIAS				
% Emergencias con tiempo de llamada / llegada < 15 minutos				
% Emergencias con tiempo de llamada / llegada > 30 minutos				

3.- ATENCIÓN ESPECIALIZADA

PLAN DE CALIDAD: CONTRATO DE GESTIÓN 2000:

LINEAS GENERALES

La estrategia de los últimos años de incluir en los contratos de gestión un plan de calidad con áreas específicas de mejora, ha conseguido alcanzar resultados satisfactorios en una mayoría de hospitales, que pueden considerarse ya como estándares de calidad de la organización.

Sin embargo, la mejora de la calidad en la atención especializada tiene aún retos por alcanzar; entre ellos, profundizar en los principios o fundamentos de la mejora continua de la calidad, como el liderazgo de los directivos, la orientación multidisciplinaria en la mejora de la calidad con implicación de todos cuantos trabajan en la organización, la gestión de los procesos en todas las áreas, tanto asistenciales como no asistenciales. Éste es el medio de adaptar los procesos a las necesidades y expectativas de nuestros clientes, y al mismo tiempo, conseguir la máxima eficacia y eficiencia en las actuaciones que se desarrollan en la asistencia sanitaria.

Las líneas generales del Plan de Calidad del Contrato de Gestión tratan de estimular el logro de estos principios, y continuar trabajando en áreas de mejora definidas institucionalmente en el programa común, pero también en las definidas por los hospitales en función de sus necesidades, para que todo ello integre el plan de calidad propio de cada hospital. Este debe ser único y los hospitales deben adoptar los cambios organizativos necesarios para conseguirlo. Así todas las actividades y personas responsables de las distintas divisiones deben integrarse en la Unidad de Calidad del hospital, que dependiendo de la Gerencia debe tener un responsable único encargado de su coordinación.

CRITERIOS PARA ESTABLECER OBJETIVOS PLAN DE CALIDAD 2000

El Plan de Calidad del año 2000 comprende una serie de metas comunes a todos los hospitales en las que se plasman algunas de las líneas estratégicas de la Institución:

- Orientar los servicios al ciudadano.
- Mejorar la calidad y la eficiencia de los procesos asistenciales.
- Implicar a los profesionales en la gestión de la calidad.

Respecto a 1999 plantea algunas modificaciones basadas en los últimos resultados disponibles y en nuevas prioridades de la institución. El plan se divide en cuatro apartados.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Estándares de la Organización.2. Programa de Mejora de la Calidad común a todos los hospitales.3. Monitorización de indicadores.4. Plan de Calidad específico de cada hospital. |
|---|

1. ESTÁNDARES DE LA ORGANIZACIÓN

El Plan de Calidad del Contrato de Gestión incluyó, en años anteriores, objetivos en los que se consiguieron buenos resultados en la mayoría de los hospitales. Por tanto, estos objetivos alcanzados no son objeto de pacto en el contrato, sino que se consideran estándares de calidad propios de la Organización, que se deben mantener.

A pesar de considerarlos estándares alcanzados, no por ello se quiere dejar de realizar una evaluación anual. No se pretende establecer una medición cuantitativa, que ya se hizo en años previos, pero si utilizar una herramienta que nos permita conocer, en una escala cualitativa, cuál es su situación actual.

El método de evaluación se describe al final de la relación de los estándares.

Se exponen a continuación los estándares con sus principales requisitos.

Estándar 1. Las mujeres que dan a luz en el hospital tienen la posibilidad de estar acompañadas durante el proceso de dilatación.

- El hospital oferta explícitamente la posibilidad de que la mujer esté acompañada durante la dilatación.
- El hospital permite la presencia de un acompañante durante todo el proceso de dilatación, si la mujer quiere estar acompañada.
- Sólo ante circunstancias clínicas que lo desaconsejen (por ejemplo, parto distócico), o circunstancias arquitectónicas insoslayables, no se permitirá la presencia de un acompañante.
- Las circunstancias clínicas antes aludidas, especialmente las más frecuentes, se han analizado previamente en el servicio entre médicos y matronas y se han establecido criterios fundamentados, explícitos y compartidos, lo que impide la variabilidad de criterios entre los distintos profesionales.
- Cuando se dan o sobrevienen circunstancias clínicas que desaconsejen la presencia de acompañante, se explica debidamente a la mujer y acompañante los motivos que impiden que esté acompañada y se deja constancia de esta circunstancia en la Historia Clínica.
- El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada. Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

Estándar 2. Las mujeres que dan a luz en el hospital tienen la posibilidad de estar acompañadas durante el proceso del parto.

- El hospital oferta explícitamente la posibilidad de que la mujer esté acompañada durante el parto.
- El hospital permite la presencia de un acompañante durante todo el proceso del parto, si la mujer quiere estar acompañada.
- Sólo ante circunstancias clínicas que lo desaconsejen (por ejemplo, parto distócico) o circunstancias arquitectónicas insoslayables, no se permitirá la presencia de un acompañante.
- Las circunstancias clínicas antes aludidas, especialmente las más frecuentes, se han analizado previamente en el servicio entre médicos y matronas y se han establecido criterios fundamentados, explícitos y compartidos, lo que impide la variabilidad de criterios entre los distintos profesionales.
- Cuando se dan o sobrevienen circunstancias clínicas que desaconsejen la presencia de acompañante, se explica debidamente a la mujer y acompañante los motivos que impiden que esté acompañada y se deja constancia de esta circunstancia en la Historia Clínica.
- El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada. Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

Estándar 3. El hospital tiene un Plan de Acogida a los pacientes.

- El Plan de Acogida tiene el objetivo de ayudar a los pacientes a conocer la organización en la que van a ser atendidos.
- Es un plan que se ha elaborado con participación multidisciplinar de profesionales y se ha aprobado por el órgano hospitalario correspondiente.
- Establece el Servicio/s del hospital que tiene la responsabilidad de llevarlo a cabo.
- Asigna responsabilidades claras a las personas encargadas de llevarlo a cabo.
- Es de aplicación para todos los pacientes que ingresan en el hospital.
- Está documentado.
- Se acompaña de la entrega al paciente de una Guía con información escrita sobre el hospital, relevante para el paciente.
- El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.
- Los resultados de la evaluación se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

Estándar 4. El hospital entrega a los pacientes una Guía del hospital.

- La Guía es un folleto o publicación con información sobre el hospital que se entrega a los pacientes dentro del Plan de acogida.
Contiene información sobre:
- Presentación del Hospital y los aspectos relevantes de la hospitalización.
- Servicio de Atención al paciente: funciones, ubicación y horario.
- Los trámites administrativos frecuentes y documentación necesaria para realizarlos, como solicitud de la baja, citaciones en consultas, etc.
- Descripción de los distintos servicios asistenciales, con su ubicación, teléfono de contacto y cartera de servicios.
- Descripción de otros recursos disponibles para el paciente, como biblioteca, servicios religiosos, capilla, escuela para niños, teléfonos, etc.
- Horarios de comidas, visitas, transportes, servicios religiosos, etc.
- En esta información escrita figura la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes.

Estándar 5. El hospital facilita la hospitalización padres-hijos.

- El hospital facilita que los padres estén alojados con sus hijos, salvo problemas estructurales que lo impidan.
- Si existen problemas estructurales que lo impiden parcialmente, el hospital tiene elaborados unos criterios que priorizan las circunstancias para la hospitalización de uno de los padres (Ej. edad del niño, gravedad, lejanía del domicilio, etc.)
- Cuando no se pueda ofrecer esta hospitalización a uno de los padres, total o parcialmente, el hospital ofrece a los padres las máximas comodidades posibles (sillones reclinables, lugar de aseo, comidas, una habitación de estar, etc.)
- El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.
- Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

Estándar 6. El hospital gestiona las reclamaciones de los pacientes y familiares.

- El hospital tiene asignado el Servicio responsable de la gestión de las reclamaciones.
- El Servicio cuenta con un sistema que garantiza que se contestan en un plazo menor de 30 días.
- Las contestaciones a las reclamaciones son motivadas y se adaptan, como mínimo, a los criterios establecidos en el manual de funciones del Servicio de Atención al Paciente.
- Se hace la evaluación de las causas de reclamación más frecuentes. La evaluación se encuentra documentada.
- Los resultados de esta evaluación se difunden a las personas implicadas y se llevan a cabo las medidas necesarias para mejorar.

Estándar 7. El hospital tiene implantado un protocolo del sondaje y cuidados de enfermería en el paciente sondado.

- Existe un protocolo escrito sobre criterios de sondaje (inicio y retirada) y los cuidados de enfermería del paciente sondado, que ha sido consensuado multidisciplinariamente.
- El protocolo se ha difundido en todas las unidades y a todos los profesionales implicados (médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, etc.)
- El hospital utiliza sistemas de sondaje cerrados, salvo para aquellas circunstancias en que no son precisos y que constan explícitamente en el protocolo.
- El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.
- Los resultados de la evaluación se difunden a las personas implicadas.
- En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

Estándar 8. El Hospital tiene un sistema de vigilancia de la infección hospitalaria.

- El hospital tiene implantado un sistema de vigilancia y prevención de la infección.
- El sistema de vigilancia ha sido diseñado de acuerdo al tipo de hospital y pacientes que atiende, con la participación multidisciplinar de los profesionales implicados y de los expertos en infección hospitalaria.
- El sistema adoptado por el hospital se encuentra documentado.
- En el se define el Servicio y/o personas responsables y se describen las actividades que se deben llevar a cabo.
- Se monitorizan los riesgos, las tasas y las tendencias en infecciones nosocomiales.
- Se difunde la información a todos los implicados.
- Se analizan las causas y se implantan las acciones necesarias para mejorarlas.

Estándar 9. Donación y el transplante de órganos.

- El hospital tiene implantado el protocolo de la ONT para la mejorar el proceso y aumentar la tasa de donaciones.
- El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y la evaluación se encuentra documentada.
- Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.
- El hospital envía los datos en plazo a la ONT.

Estándar 10. Liderazgo de la Gerencia del hospital en la implantación del Plan de Calidad.

El gerente del hospital es el responsable en última instancia de la calidad de la asistencia que se presta en el hospital. El liderazgo de la Gerencia no se ha evaluado previamente, pero el hecho de tener un Plan de Calidad incluido en el Contrato de Gestión desde hace varios años, hace suponer que este liderazgo se ha producido. Por lo tanto se incluye entre los estándares de la organización, con una serie de criterios que se consideran mínimos para ejercer el liderazgo, y que se pretenden evaluar anualmente.

- La Gerencia dirige el diseño, implantación y evaluación del Plan de Calidad del hospital.
- Convoca de forma sistemática reuniones del Comité* de Calidad del hospital.
- Conoce todas aquellas iniciativas de mejora de la calidad que se están llevando a cabo en el hospital.
- Celebra como mínimo una sesión hospitalaria anual para mostrar los objetivos y resultados del Plan de Calidad.
- Acuerda y firma los objetivos de calidad, al igual que el resto de objetivos, con cada uno de los responsables de los servicios del hospital.
- Facilita el personal, tiempo y la formación necesarios para que los profesionales puedan participar en actividades de planificación, evaluación y mejora de la calidad de la asistencia.
- Los resultados de calidad de los servicios han dado lugar a variaciones en la distribución de la productividad variable.
- Ha acordado con el coordinador de calidad el tiempo de dedicación necesario para coordinar el Plan de Calidad del Hospital.
- Ha acordado con el coordinador un cronograma de reuniones y método de trabajo con los distintos servicios y unidades del hospital.
- El profesional de enfermería está integrado en la Unidad de Calidad.
- Mantiene de forma periódica reuniones con el Coordinador de Calidad.
- Ha asignado un despacho para la Unidad de Calidad.
- Ha dotado de apoyo administrativo a la Unidad de Calidad.

*CCGC o aquel comité multidisciplinar que participa en el Plan de Calidad.

Evaluación de los estándares

El nivel de cumplimentación de estándares se evaluará anualmente, en diciembre del 2000, junto al resto de los apartados del Plan de Calidad. Se adjunta la escala del nivel de cumplimentación de los estándares, que es una adaptación de la que propone la Joint Commission¹ en la evaluación de sus estándares. Cada hospital lo debe cumplimentar según su interpretación, en función del número de requisitos por cada estándar y del grado de cumplimiento de cada requisito.

¹ The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Manual de acreditación para hospitales 1996. Fundación Avedis Donabedian. SG Editores. Barcelona 1995. (Pag 267).

El nivel que se adjudique el hospital en la evaluación final deberá estar basado en argumentos sólidos y mostrarse debidamente documentado. Ambos serán requeridos si el hospital es objeto de una auditoría para verificación de los resultados.

Nivel de cumplimentación	
Cumplimiento sustancial. El hospital cumple debidamente con los todos los requisitos del estándar.	1
Cumplimiento significativo. El hospital cumple la mayoría de requisitos del estándar.	2
Cumplimiento parcial. El hospital cumple con bastantes de los requisitos del estándar.	3
Cumplimiento mínimo. El hospital cumple pocos de los requisitos del estándar.	4
No cumplimiento. El hospital no cumple ninguno de los requisitos del estándar.	5
No aplicable. El estándar no es aplicable en el hospital.	6

2. PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD COMÚN A TODOS LOS HOSPITALES

Otro apartado del Plan de Calidad es el del conjunto de objetivos, iguales para todos los hospitales, relacionados con áreas donde aún quedan oportunidades de mejora y donde se pueden ir incorporando nuevas áreas que se consideren prioridades de la organización.

Estos objetivos son objeto de pacto anual en el CG, y el pacto debe consistir en fijar un nivel de calidad que el hospital se compromete alcanzar al final del año 2000, cuando se lleve a cabo la evaluación.

Los criterios generales que se deben tener en cuenta al establecer objetivos en este ámbito son:

- En todos los casos el nivel mínimo de pacto queda establecido en la media del grupo al que pertenece el hospital, obtenida en la última evaluación realizada, que es la de 1998. Es decir, no se aceptaran propuestas de objetivo por debajo de este nivel mínimo.
- El nivel de pacto debe, con carácter general, mejorar los resultados previos. Obviamente la exclusión serán los casos en que ya se hubiera alcanzado el nivel de excelencia, en los que el objetivo será repetir el nivel alcanzado. De forma excepcional se aceptaran propuestas motivadas de mantener el mismo nivel cuando este se hubiera alcanzado a expensas de resultados correspondientes a los límites inferiores del nivel.

Por cada uno de los indicadores del objetivo se muestra una tabla con los niveles, similares a los del año 99, y su equivalencia en porcentaje de

cumplimiento. En aquellos que ya se han evaluado en años previos, se ha añadido una columna con el resultado medio obtenido por los distintos grupos de hospitales en el año 98. Este valor es el que debería tomarse como el nivel mínimo de pacto, es decir, no se debería pactar un nivel que estuviera por debajo de la media conseguida en 1998 por el mismo grupo de hospitales.

Para el pacto, los hospitales deben poner una letra, la del nivel correspondiente al tramo de porcentaje que esperan alcanzar.

Los resultados obtenidos por los hospitales serán valorados fundamentalmente por el cumplimiento del pacto y el nivel de calidad alcanzado.

Lógicamente, para la consecución de estos objetivos, el hospital debe pactarlos posteriormente con todos los servicios implicados.

Mejorar la información al paciente

Objetivo 1. Plan de información a pacientes y familiares en los servicios clínicos

Este objetivo pretende que los hospitales elaboren una guía institucional sobre el proceso de la información. En general esta guía debe incluir todos aquellos aspectos relevantes que contribuyan a mejorar la calidad de la información, como la existencia de lugares y horarios definidos para informar a los familiares, la información al paciente y la entrega del documento de consentimiento informado (quién, cómo, cuándo, dónde), señalización del servicio, directorio de facultativos y supervisora de planta, identificación del personal, material informativo de apoyo, etc.

Esta guía debe servir para la elaboración del Plan de Información de los Servicios y para orientar ante problemas frecuentes que afectan tanto a los pacientes como a los equipos asistenciales. Es importante que en la elaboración de esta guía participen, junto con otros profesionales del hospital, miembros del Servicio de Atención al paciente, del Comité de Ética y Coordinador de calidad.

Indicador 1. ¿Se ha elaborado la Guía Institucional del Plan de Información?

Indicador 2. Porcentaje de Servicios que precisan informar, que tienen un plan documentado para la información a pacientes y familiares de acuerdo a las líneas institucionales.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº Sº Clínicos que tienen un plan documentado para la información de acuerdo a}}{\text{Nº total de Servicios Clínicos que precisan informar}} \times 100$$

Niveles	Rango (%)
A	90 o mayor
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	<50

No se adjuntan los niveles de cumplimiento medios del año 98 ya que la definición del objetivo ha cambiado, se ha hecho algo más compleja que en años previos.

Objetivo 2.1. Mejorar el contenido de los documentos de Consentimiento Informado y ampliar el número de procedimientos que disponen de un documento específico.

Los formularios de consentimiento informado (CI) son documentos hospitalarios y por lo tanto antes de su implantación deben ser evaluados por alguno de los órganos representativos del hospital. (Comité de Ética Asistencial, Comisión de Historias Clínicas, Comisión Central de Garantía de Calidad, u otra comisión de calidad). También la participación de pacientes/usuarios debería ser tenida en cuenta.

Este documento debe contener la información suficiente que le permita al paciente participar en la toma de decisiones y dar, o no, su consentimiento. Para ello los hospitales deben adaptar estos documentos a las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina de Oviedo.

Otro aspecto muy importante a tener en cuenta es su forma y diseño, por lo que estos documentos deben estar normalizados, al igual que el resto de los documentos de la Historia Clínica.

Cuando los documentos hayan sido realizados por las Sociedades Científicas, y de acuerdo con el espíritu que reflejan algunas de estas publicaciones hechas por las Sociedades, estos documentos se deben ver como una guía y no deben ser adoptados automáticamente sin ser:

- Adaptados al contexto del hospital.
- Tenidos en cuenta los criterios éticos del Consentimiento Informado.
- Evaluados por la Comisión encargada.

Indicador 2.1. Número de documentos implantados en el hospital que cumplen los criterios establecidos en los acuerdos del Consejo Interterritorial sobre el CI o por el acuerdo del Grupo de expertos formado en el Ministerio de Sanidad y que han sido evaluados por alguno de los órganos representativos del hospital (Comité de Ética Asistencial, Comisión Central de Garantía de Calidad, etc.) y están normalizados.

Para los grupos de hospitales 1, 2 y 5*:

Niveles	Nº documentos
A	26 o más
B	20-25
C	15-19
D	10-14
E	Menos de 10

*Excepto monográficos

Para los grupos de hospitales 3 y 4:

Niveles	Nº documentos
A	40 o más
B	30-39
C	20-29
D	10-19
E	Menos de 10

Objetivo 2.2. Mejorar la implantación del documento de consentimiento informado específico.

Indicador 2.2. Porcentaje de pacientes que tienen documento de CI, debidamente firmado por el médico y el paciente.

Fórmula del indicador:

Nº de pacientes sometidos a una intervención quirúrgica/procedimiento diagnóstico que tienen en su HC el Documento de CI correctamente firmados por el médico y el paciente o representante X 100

Nº total de pacientes sometidos a una intervención quirúrgica/procedimiento diagnóstico evaluados.

Los procesos a evaluar serán, los procedimientos quirúrgicos más frecuentes de cada servicio y los procedimientos diagnósticos más frecuentes en el hospital.

Niveles	Rango (%)		Niveles medios año 1998
A	90 o mayor	Grupo I	B
B	80-89	Grupo II	B

C	70-79	Grupo III	C
D	50-69	Grupo IV	B
E	<50	Grupo V	A

Mejorar los sistemas de información

Objetivo 3.1. Realizar los informes de alta definitivo en un plazo inferior a 15 días.

Indicador 3.1. Porcentaje de HC con informe de alta definitivo en un periodo menor de 15 días desde el alta.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de HC evaluadas con informe de alta definitivo que están disponibles en un periodo menor de 15 días desde el alta} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de HC de pacientes dados de alta que son evaluadas.}}$$

Niveles	Rango (%)		Niveles medios año 1998
A	90 o mayor	Grupo I	A
B	80-89	Grupo II	B
C	70-79	Grupo III	B
D	50-69	Grupo IV	B
E	<50	Grupo V	A

Objetivo 3.2. Aumentar el porcentaje de informes de alta definitivos disponibles a los dos meses del alta.

Indicador 3.2a. Porcentaje de informes de alta definitivos disponibles en el S^o de Archivo a los 2 meses de producido el alta.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de HC con informe de alta definitivos que están disponibles en el S}^\circ \text{ de Archivo a los 2 meses del alta} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de HC de pacientes dados de alta evaluadas}}$$

Niveles	Rango (%)		Niveles medios año 1998
A	90 o mayor	Grupo I	A
B	80-89	Grupo II	A
C	70-79	Grupo III	A
D	50-69	Grupo IV	A
E	<50	Grupo V	A

Indicador 3.2b. Porcentaje de HC de pacientes fallecidos con informe de alta definitivo disponibles a los dos meses de producido el alta por éxitus.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de HC de pacientes fallecidos con informe de alta definitivos que están disponibles en el S}^\circ \text{ de Archivo a los 2 meses del alta} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de HC de pacientes fallecidos evaluadas}}$$

Niveles	Rango (%)
A	90 o mayor
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	<50

Objetivo 3.3. Mejorar la Calidad del Informe de Alta.

Los hospitales deben establecer, de acuerdo a los criterios contenidos en el BOE, sus propios criterios de lo que consideran un informe de alta adecuado. Esto obligará a que la comisión o el grupo que se responsabilice de esta evaluación, documente cuáles son los criterios que se van a emplear en la evaluación: tipo de ponderación, niveles de puntuación de lo que se considera adecuado, si se debe contrastar con la HC, etc. Esta documentación, así como las hojas de recogida de datos de cada uno de los informes evaluados, será requerida si el hospital es objeto de una auditoría.

Indicador 3.3. Porcentaje de informes de alta definitivos que cumplen los criterios de calidad establecidos por el hospital.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ HC con informe de alta definitivos que cumplen los criterios de calidad establecidos por el hospital} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de HC de pacientes dados de alta evaluadas}}$$

Niveles	Rango (%)		Niveles medios de 1998
A	90 o mayor	Grupo I	B
B	80-89	Grupo II	B
C	70-79	Grupo III	C
D	50-69	Grupo IV	C
E	<50	Grupo V	B

Implantación de Guías de Gestión

Objetivo 4. Inclusión en Lista de Espera de acuerdo a los criterios establecidos en la Guía de Gestión de la Lista de Espera.

Estos criterios hacen referencia a una parte del procedimiento administrativo, responsabilidad del médico especialista que sienta la indicación, que son los establecidos en la Guía y se recogen en el capítulo: Criterios de inclusión y registro en LEQ, apartado 4.3.

Indicador 4. Porcentaje de pacientes incluidos en lista de espera que cumplen los criterios de la Guía de Gestión de la Lista de Espera.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo a los criterios la Guía de gestión de la Lista de Espera}}{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados}} \times 100$$

Niveles	Rango (%)		Niveles medios año 1998
A	90 o mayor	Grupo I	A
B	80-89	Grupo II	A
C	70-79	Grupo III	A
D	50-69	Grupo IV	B
E	<50	Grupo V	A

Mejorar la calidad y la eficiencia de procesos

Objetivo 5.1. Mejorar la aplicación del protocolo de profilaxis antibiótica.

Una de los aspectos del uso de antibióticos del que existe una clara evidencia es el tiempo de administración, que ha demostrado un efecto óptimo cuando existe una alta concentración tisular al inicio de la operación. Además ha sido demostrado también que no existe un efecto extra si se continúa la

administración más allá del periodo perioperativo inmediato (< 24h).² Estos criterios, unidos al de la elección del antibiótico, cuyo uso restrictivo es una evidencia que se está volviendo cada vez más convincente³, son los aspectos claves del protocolo, y deben ser tenidos en cuenta de una forma rigurosa en los hospitales.

Indicador 5.1. Porcentaje de pacientes con Profilaxis Antibiótica adecuada a Protocolo.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Nº pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta} \times 100}{\text{Nº de pacientes intervenidos evaluados}}$$

Niveles	Rango (%)		Niveles medios de 1998
A	90 o mayor	Grupo I	B
B	80-89	Grupo II	C
C	70-79	Grupo III	C
D	50-69	Grupo IV	C
E	<50	Grupo V	A

Para tener un mejor conocimiento de las causas de la probable inadecuación del uso de la profilaxis, este indicador se desdobra en dos:

1. N° pacientes intervenidos que no precisan profilaxis a los que no se ha puesto profilaxis x100 / N° de pacientes intervenidos que no precisan profilaxis evaluados.

2. N° pacientes intervenidos que si precisan profilaxis a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta x100 / N° de pacientes intervenidos de cirugía que si precisa profilaxis evaluados

² Burke JF. The effective period of preventive antibiotic action in experimental incisions and dermal lesions. *Surgery* 1961; 50:161-68

Classen DC et al. The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical wound infection *N England J Med* 1992; 326:281-286

Meijer WS et al. Meta-analysis of randomized, controlled clinical trials of antibiotic prophylaxis in biliary tract surgery *Br. J. Surg* 1990; 77:283-290

³ Martin C. The French Study Group of Antimicrobial Prophylaxis in Surgery ... *Infection control and hospital Epidemiology*. 1994; 15:463-471

Goldman D et al. Strategies to prevent and control the emergence and spread of antimicrobial – resistant microorganisms in hospitals *JAMA* 1996;275:234-240

- El hospital deberá señalar la fecha de la última revisión del protocolo por parte de la Comisión de Infecciones.
- El hospital deberá señalar la causa más frecuente de inadecuación y la acción llevada a cabo para corregirla.

Objetivo 5.2. Aplicar los cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo.

El hospital debe decidir en que aspecto de los cuidados de enfermería va a trabajar durante el año 2000. Se debería focalizar en aspectos importantes que afectan a un gran número de pacientes, como el protocolo de la preparación prequirúrgica, cuidados de catéteres, etc., y debe ser lo que se incluya en este apartado.

Pero este objetivo está relacionado con la mejora de los procesos asistenciales de forma concreta. Así, si el hospital pacta llevar a cabo la implantación de la vía clínica de la prótesis de cadera, todos los cuidados de enfermería de ese proceso es un objetivo de calidad relacionado con los cuidados de enfermería, pero su evaluación se debe incluir en la evaluación integral del cumplimiento de la Vía Clínica.

Indicador 5.2. Porcentaje de pacientes con tienen cuidados de enfermería en.....de acuerdo a Protocolo

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Nº de pacientes con cuidados de enfermería en.....acuerdo al Protocolo} \times 100}{\text{Nº Total de pacientes evaluados.}}$$

No se incluyen los niveles medios de 1998, ya que son los relacionados con el protocolo de cuidados en el paciente sondado.

Niveles	Rango (%)
A	90 o mayor
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	<50

Objetivo 5.3. Implantación de protocolos diseñados con las Sociedades Científicas, con los criterios de indicación quirúrgica en procedimientos frecuentes.

Los protocolos diseñados en colaboración con la Sociedades Científicas implantados en 1998 y que se mantienen en el 2000 son:

- Cataratas.
- Amigdalectomía/adenoidectomía.
- Hiperplasia benigna de próstata.
- Prótesis total de rodilla.
- Prótesis total de cadera.
- Hallux valgus.

A pesar de que la evaluación del cumplimiento de estos protocolos ha tenido unos resultados altos, se mantiene este objetivo por 2 razones fundamentales:

- Las tasas de depuración de la lista de espera son altas, y uno de los motivos de depuración está relacionado con la indicación, por lo que aún quedan aspectos por mejorar. En este sentido la evaluación se debe hacer al menos en la población de pacientes que están en lista de espera, y no sólo en pacientes intervenidos.
- Estos protocolos de las SSCC deben ser vistos como el germen de protocolos de procesos asistenciales frecuentes. A su vez estos pueden ser el punto de partida de vías clínicas, o cualquier otra herramienta para gestionar con calidad los procesos asistenciales, lo que se considera una prioridad en este plan de calidad.

Aquellos hospitales que por sus características no puedan aplicar estos protocolos (algunos de los hospitales del grupo 5), deben sustituir este objetivo por el diseño y la evaluación de protocolos en un mínimo de 3 de los procesos más frecuentes atendidos en el hospital.

Indicadores 5.3.1 a 5.3.6. Porcentaje de pacientes incluidos en LEQ de acuerdo al Protocolo de.....

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Nº de pacientes incluidos en LEQ de acuerdo al Protocolo de.....} \times 100}{\text{Nº Total de pacientes evaluados}}$$

Niveles	Rango (%)		Niveles medios de cumplimiento de todos los protocolos en 1998
A	90 o mayor	Grupo I	A
B	80-89	Grupo II	A
C	70-79	Grupo III	B
D	50-69	Grupo IV	A
E	<50	Grupo V	A

Objetivo 5.5. Implantación de protocolos para la utilización de alta tecnología

Los hospitales que con una tasa de utilización por encima de la media de su grupo en: RNM, TAC, oxigenoterapia y litotricia, deben continuar con la implantación y evaluación de protocolos basados en los informes de las Agencias de Evaluación Tecnológica.

La tasa de utilización es un dato incluido en el cuadro de mandos de la evolución del Contrato de Gestión. Se considerarán las tasas de utilización del cierre del CG de 1999 como criterio para saber si un hospital debe implantar o no los protocolos. Además en el año 2000, se añade el de la utilización de otras terapias respiratorias de acuerdo a la normativa sobre criterios de utilización que va a aparecer próximamente.

En el caso de que el hospital no disponga de la tecnología no es razón para no implantar el protocolo, ya que sí la indica, y estos protocolos hablan de criterios de indicación. En todo caso, independientemente de la tasa de utilización, parece recomendable el implantar estos protocolos para asegurarse una utilización adecuada en todos los pacientes.

Indicadores 5.5.1 a 5.5.4. Porcentaje de pacientes estudiados/tratados de acuerdo al Protocolo de.....

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Nº de pacientes con estudio/tratamiento de acuerdo al Protocolo de.....} \times 100}{\text{Nº Total de pacientes evaluados}}$$

Niveles	Rango (%)		Niveles medios del año 1998
A	90 o mayor	Grupo I	A
B	80-89	Grupo II	B
C	70-79	Grupo III	B
D	50-69	Grupo IV	B
E	<50	Grupo V	A

Objetivo 5.6. Implantación de otros protocolos en los servicios

Indicador 5.6a. Número de protocolos/guías de actuación documentadas, implantadas y evaluadas en el hospital:

El nº mínimo es de 1-2 por Servicio o Unidad funcional. Por tanto se debe hacer un cálculo aproximado del nº total en el hospital.

Indicador 5.6b. Porcentaje de Servicios/Unidades clínico-asistenciales que tienen documentada e implantado al menos un protocolo/guía de actuación

El resultado que se debe pactar es del 100%.

Objetivo 5.7. Implantación de vías clínicas

Indicador 5.7. Número de vías clínicas implantadas en el hospital:

Según lo establecido en las líneas generales, al menos deben ser implantadas dos vías clínicas.

Se valorará en este objetivo la complejidad de la vía clínica en relación a dos criterios fundamentales: N° de servicios implicados (clínicos y no clínicos) y carácter multidisciplinar de los profesionales implicados en la vía.

A su vez, se valorará si el hospital ha cumplido cada una de las fases de la vía clínica: diseño, implantación y evaluación.

Implantación de objetivos de calidad en servicios no asistenciales

Objetivo 6. Aumentar la Implantación de objetivos de calidad en servicios no asistenciales

Según consta en las líneas generales del contrato de gestión, las áreas prioritarias para la definición de objetivos de calidad en las unidades no asistenciales son:

- Relación con los proveedores.
- Plan de acogida a los trabajadores nuevos.
- Diseño, documentación y evaluación de normas de procedimiento en los servicios no asistenciales.

Indicador 6. Número de Servicios/Unidades no asistenciales que han pactado y evaluado objetivos de calidad.

Prevención del tabaquismo

Objetivo 7. Implantación de medidas frente al tabaquismo

Indicador 7.1. Existe señalización en las entradas del hospital de la prohibición de fumar en centros sanitarios, salvo en zonas permitidas.

Indicador 7.2. Se han habilitado áreas específicas donde se permita fumar,

diferenciando los destinados a pacientes y familiares, de los del personal sanitario.

Indicador 7.3. Se han llevado a cabo otras acciones complementarias para la prevención del tabaquismo.

3. MONITORIZACIÓN DE INDICADORES

En el Contrato de Gestión el compromiso es:

- El INSALUD enviará a los hospitales los resultados de los indicadores de calidad que se obtienen a través del CMBD, comparados con la media del grupo. Progresivamente se irán incorporando nuevos indicadores.

El hospital debe:

- Llevar a cabo los estudios que le permitan obtener una serie de indicadores que no se obtienen automáticamente de los sistemas de información.
- Enviar el resultado de las tasas de infección en función del sistema de vigilancia que ha diseñado.
- Analizar los resultados de los indicadores, incluidos los que se obtienen del CMBD, las tendencias y compararse con el resto de los hospitales de su grupo.
- Analizar las causas cuando los resultados estén por debajo de la media, y siempre que aparezca un caso que se considere un suceso centinela.
- Llevar a cabo las medidas de mejora o acciones correctoras necesarias.

En la evaluación final del hospital se valorará si se ha llevado a cabo la monitorización, pero no los resultados obtenidos en una parte de los indicadores de este apartado. Tal como se expresa en las líneas generales del contrato, la monitorización de los indicadores clínicos tiene el objetivo de detectar probables problemas de calidad, pero su utilización no debe emplearse en la clasificación de hospitales ya que, las limitaciones del propio sistema de información y la presencia de otras variables no controladas o desconocidas, no permiten este uso.

Otro planteamiento distinto es el de los otros indicadores que evalúan como se llevan a cabo los procesos asistenciales, como el indicador de las suspensiones de CCEE, suspensiones quirúrgicas, detección del riesgo social, radiología inadecuada, etc., donde se podría establecer con el tiempo, niveles de cumplimiento y valorarlos en la evaluación final del hospital. Para ello los hospitales deben, al igual que en el resto, ser rigurosos en la metodología de evaluación, poniendo atención en la definición de los indicadores y en los tamaños muestrales, ya que en la evaluación de 1998 se han detectado tamaños claramente insuficientes, lo que obligaría a desecharlos.

Se presentan los indicadores monitorizados en el año 1999. Para el año 2000, está previsto continuar con la mejora de la explotación de los datos del CMBD, definiendo algunos indicadores nuevos.

1. INDICADORES OBTENIDOS A PARTIR DEL CMBD
Datos generales
Estancia media bruta
Estancia media depurada
Diagnósticos por alta
Procedimientos por alta
Mortalidad potencialmente evitable
Asma (5 a 64 años)
Apendicitis (5 a 64 años)
Colelitiasis/colecisticis (5 a 64 años)
Mortalidad materna
Mortalidad perinatal
GRDs inespecíficos
GRD 467
GRD 468
GRD 476
GRD 477
GRD 469
GRD 470
Otros indicadores
Altas potencialmente ambulatorias
Estancias potencialmente ambulatorias
Altas potencialmente ambulatorias > 65 años
Estancias potencialmente ambulatorias > 65 años
Tasa de cesáreas
Reingresos urgentes por la misma Categoría mayor Diagnóstica (CMD)
Reingresos de 0 a 2 días
Reingresos de 3 a 7 días
Reingresos de 8 a 30 días
Estancias prequirúrgicas
<i>Todos los ingresos</i>
Estancia media prequirúrgica
Estancia media postquirúrgica
<i>Ingresos programados</i>
Estancia media prequirúrgica
Estancia media postquirúrgica
Indicadores funcionales
IC
IEMA

2. INDICADORES OBTENIDOS A PARTIR DE ESTUDIOS ESPECÍFICOS EN LOS HOSPITALES
Tasa de reingresos en urgencias a las 72 horas
Prevalencia de pacientes con úlceras por presión
Tasa de prevalencia de la infección nosocomial
Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica
Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados
Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s
Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI)
Porcentaje de estancias no adecuadas en el GRD con estancia más desviada de la media
Porcentaje de suspensiones quirúrgicas
Porcentaje de suspensiones de consultas externas
Porcentaje de pacientes que permanecen más de 3/6 horas en el Servicio de Urgencias
Porcentaje de pacientes menores de 60 años ASA 1 a quienes se realiza RX de tórax en el estudio preoperatorio
Porcentaje de pacientes en riesgo social detectados que son entrevistados por la unidad de seguimiento
3. OTROS INDICADORES
Nivel de contabilidad analítica

4. PLAN DE CALIDAD ESPECÍFICO DEL HOSPITAL

El programa de calidad común para todos los hospitales y la monitorización de indicadores no debe ser más que el núcleo a partir del cual se elabore un Plan de Calidad que atienda las necesidades específicas de cada hospital y en donde estén contemplados los objetivos de calidad pactados con cada uno de los Servicios del hospital.

Es preciso recordar que las Sociedades Científicas están estableciendo indicadores de calidad relacionados con sus áreas de conocimiento específicas. Un objetivo de calidad que debe formar parte de cada uno de los servicios, es el de establecer esta serie de indicadores, monitorizarlos sistemáticamente y analizar los resultados proponiendo medidas de mejora cuando sus resultados no se consideren óptimos.

Además, el BOE está estableciendo normativas de calidad para una serie de Servicios, como radioterapia, medicina nuclear y radiología que se deben integrar en los planes de calidad de estos Servicios, tal como se señalaba en el contrato de 1999.

El Plan de Calidad de los hospitales debe documentarse en una Memoria Anual de Calidad en la que, al menos, se haga mención del diseño de su Plan de Calidad, las grandes líneas de trabajo y objetivos (los institucionales y aquellos específicos del centro), las acciones y estrategias llevadas a cabo para conseguirlos, las personas implicadas en los grupos de mejora, el diseño del plan de evaluación y sus resultados. Esta memoria, si el hospital da su consentimiento, será colocada en la intranet del INSALUD.

Con el fin de poder conocer en que aspectos de la atención sanitaria están trabajando los hospitales para mejorar la calidad, al margen de lo incluido en el plan de calidad institucional de este contrato de gestión, los hospitales deben enviar durante el primer trimestre del año 2000 una definición de esas líneas de trabajo específicas de cada hospital. Se pretende conocer grandes líneas de trabajo, no aspectos puntuales de un servicio o unidad, relacionados con la detección de problemas, fundamentalmente de tipo organizativo, en los que estén implicados una multidisciplinariedad de profesionales.

Líneas de trabajo específicas del hospital para la mejora de la calidad

- 1.-.....
- 2.-.....
- 3.-.....
- 4.-.....

Comisiones clínicas y grupos de mejora

Cada hospital deberá establecer las comisiones y grupos de mejora que precise para llevar a cabo su Plan de Calidad. Institucionalmente se llevará a cabo una evaluación de estas estructuras, con la petición del número de comisiones que están participando activamente en el Plan de Calidad y sus 2 objetivos fundamentales para el año 2000.

Se considera requisito imprescindible el que tengan fijados o pactados objetivos anualmente, una actividad para llevarlos a cabo, acciones de mejora implantadas y una evaluación a final de año.

Cronograma

La evaluación del Plan de Calidad se hará anualmente, debiendo enviar los resultados antes del 31 de Diciembre del 2000. No obstante, se pueden enviar antes los resultados si el hospital decide hacer la evaluación de alguna parte del Plan de Calidad en fechas anteriores.

NOTA TECNICA Nº 7:

TERMINOLOGÍA UTILIZADA EN CALIDAD

Se detallan una serie de definiciones cuya finalidad es proporcionar una terminología homogénea de calidad. En cursiva, la definición del diccionario de la Real Academia Española.

Acción correctora: Acción tomada para eliminar las causas de una no conformidad, de un defecto o cualquier otra situación indeseable existente, para impedir su repetición

Acción preventiva: Acción tomada para prevenir las causas de una no conformidad potencial, de una desviación o cualquier otra situación no deseable, para impedir que se produzca.

Acreditación: *“Acción de facultar a un sistema o red de información para que procese datos sensibles, y determina el grado en el que el diseño y la materialización de dicho sistema cumple los requerimientos de seguridad técnica preestablecidos”.*

Procedimiento al que se somete voluntariamente una organización en el cual un organismo independiente da conformidad de que se cumplen las exigencias de un modelo determinado.

AENOR Asociación Española de Normalización y Certificación.

Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE): Estudio de los fallos potenciales del producto o diseño con la intención de limitar su efecto negativo potencial. Se trata de una metodología analítica integral que se propone la identificación, la numeración, la clasificación y la aplicación de acciones correctivas para cada posible error.

Aseguramiento de la Calidad (QA): **Aseguramiento:** *“Acción y efecto de asegurar”.*
Asegurar: *“Dar plena seguridad de algo”.*

Conjunto de acciones planificadas y sistemáticas implantadas dentro del sistema de la calidad, demostrables si es necesario, para proporcionar la confianza adecuada de que una entidad cumplirá requisitos para la calidad.

Auditoría de la calidad:	<p>Auditoría: <i>“Proceso que recurre al examen de libros, cuentas y registros de una empresa para precisar si es correcto el estado financiero de la misma, y si los comprobantes están debidamente presentados”.</i></p> <p>Examen metódico e independiente que se realiza para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad satisfacen las disposiciones previamente establecidas, y para comprobar que estas disposiciones se llevan a cabo eficazmente y que son adecuadas para alcanzar los objetivos previstos.</p>
Autoevaluación:	Examen global, sistemático y regular de las actividades y resultados de una organización comparados con un modelo de referencia.
Autoinspección:	Inspección del trabajo efectuada por el propio individuo que realiza este trabajo, siguiendo las reglas específicas.
Benchmarking:	Método estructurado de comparar los productos, servicios o procesos de una empresa con sus mejores competidores.
Calidad:	<p><i>“Propiedad o conjunto de propiedades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, que permiten apreciarlas como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”.</i></p> <p>Conjunto de características de un producto o servicio que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas y / ó implícitas.</p>
Calidad percibida:	Las características o atributos de la calidad según el punto de vista del cliente o usuario de ese servicio o producto.
Calidad Total	El termino total indica que es de aplicación a toda la compañía y no como un termino absoluto de libre defectos.
Certificación de Calidad:	<p>Certificación: <i>“Acción de certificar”.</i></p> <p>Certificar: <i>“Asegurar, garantizar o avalar como completamente cierta una cosa a alguien”.</i></p>

Procedimiento por el cual una tercera parte (organización certificadora) asegura por escrito que el Sistema de Calidad de una organización, persona, producto, proceso o servicio es conforme con los requisitos especificados.

- Cliente:** *“Persona que utiliza los servicios de otra”.*
- Persona o Unidad destinatario de un producto o servicio proporcionado por el suministrador.
El cliente puede ser, por ejemplo, el consumidor final, el usuario, el beneficiario o el comprador.
El cliente puede ser interno o externo.
- Cliente externo:** Aquellos que reciben el producto o servicio, pero que no son miembros de la empresa que lo produce.
- Cliente interno:** Clientes que resultan afectados por el producto o proceso y que al mismo tiempo son miembros de la empresa o proceso que produce el resultado.
- Cadena cliente – proveedor:** Conjunto de procesos interrelacionados que acepta insumos de proveedores, les añade valor y genera un producto o servicio para los clientes.
- Comité o Consejo de Calidad:** También llamado "Comité o Consejo guía de la Calidad", es el grupo de profesionales responsables de la dirección y coordinación de todas las actividades de calidad de la organización.
- Conformidad:** *“Igualdad, correspondencia de una cosa con otra”.*
- Cumplimiento de los requisitos especificados.
- Contrato pedido aceptado:** Acuerdo de los requisitos acordados entre un suministrador y un cliente cuya información puede transmitirse por cualquier medio.
- Control de la calidad:** Técnicas y actividades de carácter operativo utilizadas para comprobar los requisitos para la calidad.

Criterio:	<p><i>“Pauta, norma, regla para conocer la verdad”.</i></p> <p>Especificación según la cual puede evaluarse una actividad o resultado.</p>
Diagrama de afinidades:	<p>El diagrama de afinidad parte de ideas dispares y utiliza tarjetas para organizar grupos de datos con una idea común. Es muy útil cuando se dispone de mucha información de fuentes diferentes. Esta herramienta tiene similitudes con la tormenta de ideas o la llamada técnica de grupos nominales siendo parecida en su construcción y utilización.</p>
Diagrama de causa-efecto:	<p>Diagrama: <i>“Dibujo en el que se muestran las relaciones entre las diferentes partes de un conjunto o sistema”.</i></p> <p>Esta herramienta se utiliza para relacionar causas y efectos. Se puede utilizar para ordenar el resultado de una tormenta de ideas y cuando es necesario identificar las causas posibles de un problema.</p>
Diagrama de flechas:	<p>Muestra los caminos paralelos que pueden existir para desarrollar una actividad. El fin de esta herramienta es determinar cual es el tiempo mínimo en la realización de un proyecto, representando las actividades que se pueden realizar simultáneamente.</p>
Diagrama de Flujo:	<p>Es la representación gráfica de las etapas de un proceso en secuencias, que puede ser un producto material, una información o un servicio o una combinación de los tres. Se utiliza en gran parte de las fases del proceso de mejora continua, sobre todo en definición de proyectos, diagnósticos, diseño e implantación de soluciones, y mantenimiento de las mejoras.</p>
Diagrama de Gantt:	<p>Representación compleja de una lista de actividades en un periodo de tiempo. Es un instrumento de planificación con aplicaciones particulares para proyectos.</p>

Diagrama de Pareto:	<p>Se basa en el principio de Pareto denominado de los “pocos vitales” y fue descrito por el Dr. M. Juran, y nos indica que unas pocas causas son las responsables de generar la mayor parte de mala calidad.</p> <p>Es un diagrama de barras que discrimina los problemas de calidad fundamentales de un servicio o de un proceso. Se ordena de menor calidad a mas calidad.</p>
Diagrama de relaciones:	<p>Se utiliza para la Planificación General. A diferencia del diagrama de afinidad utiliza un método más lógico. Determina qué idea tiene influencia sobre otra, y se representa con flechas que indican la relación de la influencia. Las ideas unidas por flechas forman un gráfico, que puede interpretarse identificando aquellas ideas que tienen la mayoría de las flechas entrando o saliendo de ellas.</p>
Diagrama del árbol:	<p>Es un método gráfico para identificar todas las partes necesarias para alcanzar algún objetivo final. En mejora de la calidad se utilizan generalmente para identificar todas las tareas necesarias para implantar una solución.</p>
Diagrama Matricial:	<p>Es la más utilizada y conocida. Enfrenta dos conjuntos de ideas y las compara con el fin de decidir si existe correlación entre ellos.</p>
Diagramas del Proceso de Decisión:	<p>Suele utilizarse en la planificación de actividades no emprendidas con anterioridad. Este diagrama es similar al Diagrama del Arbol, con la diferencia de que el de Decisión se desarrolla con un enfoque secuencial.</p>
Diseño de experimentos:	<p>El diseño de experimentos consiste en la definición de un experimento en el laboratorio o en el campo, con el objetivo de determinar si una teoría es correcta o no. En las actividades de mejora de la calidad, se utiliza a menudo el diseño de experimentos para cuantificar el impacto que ciertas variables tienen sobre un producto, proceso o servicio.</p>

E.F.Q.M:	(European Foundation for Quality Management). Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, organización fundada en 1988 por 14 empresas líderes de Europa Occidental. Tiene como misión impulsar la mejora continua en las empresas basandose en los principios de Calidad Total como proceso fundamental para reforzar la posición de las empresas de la Europa Occidental en el mercado mundial.
EOQ:	(European Organization for Quality). Organización Europea para la Calidad, federación de 25 asociaciones nacionales para la calidad. Fue fundada en 1957 con el objetivo de mejorar la calidad y fiabilidad de productos y servicios.
Estándar:	<p><i>“Se dice de lo que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia”.</i></p> <p>Patrón de referencia. Nivel aceptable que una organización se plantea como el deseable a conseguir.</p>
Evaluación:	<p><i>“Acción y efecto de evaluar”.</i> Evaluar: <i>“Valorar, estimar el valor de las cosas no materiales”.</i></p> <p>La evaluación de la calidad es el examen sistemático de la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos especificados.</p>
Evidencia objetiva:	<p>Evidencia: <i>“Certeza clara y manifiesta”.</i></p> <p>Información cuya veracidad puede demostrarse, basada en hechos obtenidos mediante observación, medida, ensayo u otros medios.</p>
Factores críticos de éxito:	Factores (actividades, variables, recursos, etc.) que resultan críticos para el éxito de una organización, empresa o proceso.
Fiabilidad:	<i>“Cualidad de fiable. Probabilidad de un buen funcionamiento de una cosa”.</i>

Estudios de la probabilidad de que un producto o servicio realice la función para la que ha sido proyectado, bajo condiciones especificadas, y durante un periodo de tiempo especificado.

Gestión de la Calidad Total: Modelo de gestión que a través de la colaboración de toda la organización busca la mejora de la calidad, y aumento de la satisfacción del cliente reestructurando las prácticas tradicionales de gestión.

Gráficos de control: Diagrama desarrollado por W.A. Shewhart para realizar un test continuo de significatividad estadística. Se utilizan para determinar si el proceso está operando dentro o fuera de una condición de control estadístico, empleando límites de control definidos en los gráficos.

Grupo de mejora de la calidad: Grupo de seis a ocho personas, que puede constituirse por directivos, especialistas y profesionales. Trabajan en equipo para resolver un problema de calidad. Normalmente, este problema está directamente relacionado con el logro de los objetivos de la organización.

Histograma: *“Representación gráfica comparativa de una serie de magnitudes por medio de un conjunto de rectángulos colocados uno junto a otro, de bases iguales y alturas proporcionales al valor de las cantidades a representar”.*

Indicador: Medida objetiva de un parámetro que nos da información sobre un proceso o producto.

Inspección: *“Acción de inspeccionar”.*

Examen, reconocimiento que aporta información sobre el estado de la organización en el cumplimiento y mantenimiento de unos requisitos, y que se ha de someter obligatoriamente.

La hoja de comprobación:	Consiste en un formato estructurado para la recogida y análisis de datos. Se utiliza para confirmar y registrar los pasos a realizar en un proceso cuando sea necesario recoger datos de frecuencia, pautas de sucesos, problemas, etc.
Manual de la calidad:	Documento que establece la política de la calidad y describe el sistema de la calidad de una organización.
Matrices de priorización:	Se utiliza para hacer prioridades en tareas, actividades o temas sobre la base de criterios de ponderación definidos. Esta herramienta reemplaza a la conocida por “Análisis matricial de datos” que formaba parte de las herramientas iniciales de gestión y planificación.
Mejora continua:	Actividades planificadas a través de las cuales todas las partes de la empresa se proponen el aumento de la satisfacción de los clientes, tanto internos como externos. Es un de las filosofías básicas de la Gestión de la Calidad Total.
Método Taguchi:	Los métodos de Taguchi se proponen como objetivo la reducción de la variabilidad funcional para obtener la mejor calidad al mínimo coste. Las actividades y métodos propuestos por Taguchi tienen su mejor aplicación en el proyecto y planificación de nuevos productos o servicios. El objetivo final de los métodos de Taguchi es la reducción de costes para lo cual la reducción de la variabilidad no es un fin, sino un medio.
Misión:	<p><i>“Comisión o encargo que se confía a alguien. Cometido”.</i></p> <p>Establece las razones de ser de la organización, motivos que justifican su existencia continuada.</p>
No conformidad:	Incumplimiento de un requisito especificado.

Ausencia de calidad: Grado de desviación respecto de los estándares de calidad definidos.

Costes de ausencia de calidad: Perdidas originadas al no conseguir el máximo nivel de coste – efectividad de los procesos. Es el resultado de unos procesos ineficientes.

Organización: *“Acción y resultado de organizar u organizarse”.*

Compañía, sociedad civil o mercantil, firma, empresa o institución, o parte de ellas, de carácter público o privado, jurídicamente constituida o no, que tiene su propia estructura funcional y administrativa.

PDCA (Ciclo de mejora continua) En el campo de la gestión de la calidad existen diversos modelos metodológicos, cada uno de los cuales intenta dar respuesta y ser explicativo con relación al funcionamiento de las actividades de mejora.

Desde el modelo atribuido a los trabajos de W. Shewhart se han realizado adaptaciones por W.E. Deming dando lugar a su rueda de la mejora de la calidad o ciclo PDCA (plan, do check, act) adaptado también por otros autores como K. Ishikawa.

Esta herramienta se basa en la planificación de lo que se desea realizar (Plan), realización de lo planificado (Do), verificación y análisis de lo realizado (Check), actuación sobre los resultados de la fase anterior (Act), y comienzo de nuevo del ciclo.

Plan de la Calidad: Documento que establece las prácticas específicas, los recursos y la secuencia de actividades relacionadas todas con la calidad para un producto, servicio, proyecto o contrato particular.

Planificación de la Calidad: Actividades que establecen los objetivos y requisitos para la calidad y para la aplicación de los elementos del Sistema de la Calidad.

Política de la calidad: Directrices y objetivos generales de una organización, relativos a la calidad, tal y como se expresan formalmente por la alta dirección.

Procedimiento: *“Método según el cual se ejecutan ciertas cosas”.*

Forma específica de llevar a cabo una actividad.
En muchos casos, los procedimientos se plasman mediante documentos.

Un procedimiento escrito o documentado generalmente contiene el objeto y el campo de aplicación de una actividad; qué debe hacerse y quién debe hacerlo; cuándo, dónde y cómo debe llevarse a cabo; qué materiales, equipos y documentos deben utilizarse; y cómo debe controlarse y registrarse.

Proceso: *“Conjunto de las diferentes acciones sucesivas realizadas para conseguir un determinado resultado”.*

Conjunto de recursos y actividades interrelacionadas, orientadas hacia un objetivo y que generan un valor añadido.

Los recursos pueden incluir: personal, finanzas, instalaciones, equipos, técnicas y métodos.

Producto / servicio: **Producto:** *“Cosa producida”.*
Servicio: *“Utilidad que uno obtiene de lo que otro hace en atención suya”.*

Resultado de actividades o de procesos. El producto puede incluir servicio, material o equipo, materiales procesados, soporte lógico o una combinación de ellos. Un producto puede ser tangible o intangible o una combinación de ellos.

Profesional *“Dícese de quien practica habitualmente una profesión”.* **Profesión:** *“Empleo, facultad u oficio de cada cual”.*

Se refiere a toda persona que trabaja en la organización.

QFD: Literalmente “Despliegue de la función calidad” (Quality Function Deployment). El QFD es una metodología diseñada para hacer que la voz del

cliente sea oída por todos los departamentos funcionales de la empresa, impulsando de este modo una comunicación estructurada y objetiva entre los mismos. El QFD es complejo y muy detallado. Requiere grandes cantidades de datos y cubre todas las características y fases del producto o servicio.

Registro de la calidad:

Documento que proporciona evidencia objetiva de actividades realizadas o de resultados obtenidos.

Satisfacción del cliente:

Satisfacción: *“Cumplimiento del deseo o del gusto”.*

Condición que se alcanza cuando un producto o un servicio responde a las expectativas y requisitos de los clientes.

Sistema de la Calidad:

Conjunto de estructura, organización, responsabilidades, procedimiento, procesos y recursos y normas que se establecen para llevar a cabo la gestión o servicios de la calidad necesarios para implantar la gestión de la calidad.

Subcontratista:

Organización que proporciona un producto a un suministrador.

Suministrador / proveedor:

Organización o individuo que proporciona un producto o servicio al cliente.
En una situación contractual el cliente puede denominarse contratista.
El suministrador puede ser interno o externo.

Tormenta de ideas (brainstorming):

Técnica que se utiliza cuando es necesario generar una cantidad importante de ideas en un periodo de tiempo corto. Se utiliza cuando necesitamos saber las dimensiones de un problema o de su solución y queremos la participación de los miembros del equipo.

Trazabilidad:

Capacidad para reconstruir una historia, aplicación o localización de una entidad, acción, producto o servicio mediante identificaciones registradas.
El término trazabilidad puede tener uno de los tres significados principales:

- a) En relación con el producto puede referirse a:
 - el origen de materiales y piezas
 - la historia de procesos aplicados al producto
 - la distribución y localización del producto después de la entrega.
- b) En relación con la calibración se aplica a la referencia de los equipos de medición a patrones nacionales o internacionales, a patrones primarios, a constantes o propiedades físicas básicas, o materiales de referencia.
- c) En relación con la recogida de datos, relaciona los cálculos y datos originados a lo largo de l bucle de la calidad, remontándose a veces a los requisitos para la calidad de una entidad.

Validación:

“Acción y efecto de validar. Firmeza, fuerza, seguridad de algún acto”.

Comprobar mediante el examen y la aportación de evidencias objetivas que se han cumplido los requisitos particulares para una utilización específica prevista.

Verificación:

“Acción y efecto de verificar”. “Comprobar la validez o exactitud de algo”

Confirmación mediante el examen y la aportación de evidencias objetivas que se han cumplido los requisitos especificados.

Visión:

“Punto de vista sobre cualquier asunto”.

Establece lo que la organización quiere llegar a ser.