

__ LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

__ THE QUALITY ISSUE IN HEALTH SERVICES

José Manuel Martín Vázquez

Director de Calidad de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía
Presidente de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial

Emilio Ignacio García

Profesor titular. Universidad de Cádiz
Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Calidad Asistencial



sumario // summary

- INTRODUCCIÓN / INTRODUCTION
- ¿QUÉ ES LA CALIDAD? / WHAT DO WE REFER TO WITH 'QUALITY'?
- ¿QUE ES CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD? / WHAT DOES 'QUALITY IN HEALTH SERVICES' MEAN?
- ¿QUÉ MEDIR Y CÓMO MEDIR? / WHAT SHOULD BE MEASURED AND HOW?
- ¿QUÉ ES UN INDICADOR DE CALIDAD? / WHAT IS A QUALITY INDICATOR?
- ¿CÓMO SE CONSTRUYEN LOS INDICADORES DE CALIDAD? / HOW THESE QUALITY INDICATORS ARE MADE UP?
- ¿CÓMO DISEÑAR UN ESTUDIO DE EVALUACIÓN? / HOW SHOULD AN EVALUATION SURVEY BE DESIGNED?
- ¿QUÉ ES UN PROCESO? / WHAT A PROCESS IS?
- ¿QUÉ ES Y CÓMO SE CONSTRUYE UN DIAGRAMA DE FLUJO? / WHAT A FLOW CHART IS AND HOW IS IT DRAWN?
- ¿CÓMO CONTROLAR LOS PROCESOS? / HOW CAN WE CONTROL THESE PROCESSES?
- ¿QUÉ TIPOS DE PROCESOS EXISTEN? / WHAT TYPES OF PROCESSES DO EXIST?
- ¿QUÉ ES UN MAPA DE PROCESOS? / WHAT IS A MAP OF PROCESSES?
- ¿CÓMO SE MEJORAN LOS PROCESOS? / HOW CAN THESE PROCESSES BE IMPROVED?
- ¿QUÉ MODELO ELEGIR? / HOW CAN WE CHOOSE THE MODEL TO BE FOLLOWED?

resumen//summary

Este trabajo intenta responder a preguntas que representan en la actualidad el núcleo de la calidad. Preguntas, que cualquier profesional que trabaje en el ámbito de los servicios de salud, debe hacerse para abordar la calidad asistencial desde una perspectiva amplia y general. Para redactar estas líneas se han tenido en consideración programas y modelos ya consensuados y experimentados. Trata, pues, de experiencias vividas en nuestros entornos de trabajo y de opiniones basadas en el conocimiento de la gestión sanitaria. Se busca con ello introducir al lector en ciertos aspectos fundamentales que deben servir para gestionar y proporcionar servicios sanitarios de calidad.

This work tries to answer some important questions which represent the nucleus of the quality issue at the present time; questions that any professional working in the health services sector should make so as to approach to welfare quality from a wide and general point of view. In order to write this work, some previously agreed and tested programs and models have been taken into account. This work, thus, deals with experiences that have taken place in our own working environment and with opinions based on our knowledge about health care management. And it is aimed at introducing the reader to the some basic aspects that should be useful to manage and provide quality health care services..

Palabras Clave:

- Calidad de los servicios de salud.
- Indicadores de calidad.
- Procesos.

Key Words:

- Health services quality.
- Quality indicators.
- Processes.

■ INTRODUCCIÓN

Al escribir un capítulo sobre calidad asistencial, siempre se puede recurrir a guiones más o menos exigentes. Estos, variarán en función de la profundidad con que se traten determinados aspectos, del momento de desarrollo en el que se encuentren los mismos, del espacio disponible, y también del conocimiento previo que pueda tener el público al que va dirigido. El guión es siempre un elemento fundamental en el transcurso de cualquier relato, pero al escribir se pierde un aspecto clave del intercambio del conocimiento, que es el que se tiene cuando éste se produce entre varias personas y en tiempo real. Ese elemento es la deliberación, imprescindible para considerar detenidamente los pros y contras de algunos planteamientos o decisiones antes de adoptarlos.

Es por esto, que el guión de este capítulo lo planteamos intentando responder a preguntas que desde nuestro punto de vista, representan en la actualidad el núcleo de la calidad. Preguntas, que cualquier profesional que trabaje en el ámbito de los servicios de salud, debe hacerse para abordar la *calidad asistencial* desde una perspectiva amplia y general.

Para el desarrollo de este capítulo, evitamos el dogmatismo, y hacemos referencia a programas y modelos ya consensuados y experimentados, a experiencias vividas en nuestros entornos de trabajo y a opiniones basadas en el conocimiento de la gestión sanitaria. Con ello trataremos de introducir al lector en esos aspectos fundamentales a los que antes hacíamos referencia y que deben servir para gestionar y proporcionar servicios sanitarios de calidad.

Las preguntas sobre las que articulamos este capítulo son las siguientes:

- ¿Qué es la calidad?
- ¿Qué es calidad en los servicios de salud?
- ¿Qué medir y cómo medir?
- ¿Qué es un indicador de calidad?
- ¿Cómo se construyen los indicadores de calidad?
- ¿Cómo diseñar un estudio de evaluación?
- ¿Qué es un proceso?
- ¿Qué es y cómo se construye un diagrama de flujo?
- ¿Cómo controlar los procesos?
- ¿Qué tipos de procesos existen?
- ¿Qué es un mapa de procesos?
- ¿Cómo se mejoran los procesos?
- ¿Qué modelo elegir?

■ ¿QUÉ ES CALIDAD?

El concepto actual de calidad aplicado a términos como eficacia, efectividad, eficiencia, productividad, etc., procede del mundo empresarial y, más concretamente de los procesos productivos. No obstante, la preocupación por dar, no sólo un producto de calidad, sino dotarlo de un buen servicio ha sido el germen que ha propiciado que se haya extendido el término a todos los ámbitos de la sociedad, y hoy se hable de calidad tanto en productos, como en procesos y servicios.

El aumento en la oferta de productos y servicios, la liberación o reducción de barreras comerciales y geográficas, ha conducido a las organizaciones de todo tipo a adecuar sus estructuras al objeto no sólo de competir, sino de situarse, mantenerse y ganarse la confianza de sus potenciales clientes o usuarios a la hora de adquirir sus productos o servicios.

En general, la calidad es un concepto mal entendido. La calidad es algo más que una definición o un propósito, debe formar parte de una actitud, y como la ética, solo es posible desde el convencimiento personal y del

ejemplo institucional. Actualmente, representa una disciplina con un cuerpo de conocimiento propio.

Definir lo que se entiende por calidad no es una disquisición teórica irrelevante para la práctica, si lo que pretendemos con ello es disponer de un punto de partida que nos sirva de referencia para su evaluación y mejora, que es en definitiva el objetivo último de la calidad.

Como se irá comentando a lo largo de este capítulo, los fundamentos de la calidad son el conjunto de principios, métodos y estrategias que intentan movilizar a los profesionales, con el propósito de ofertar buenos servicios y conseguir la satisfacción del cliente al menor coste posible.

La calidad es una forma de pensamiento y actuación, donde la excelencia -hacer las cosas bien a la primera-, rige las decisiones y actividades de todos y cada uno de los integrantes de la organización, empezando por la dirección, que debe formular la política de calidad de la empresa o institución y constituirse en impulsora del cambio, comprometiéndose con el mismo.

Las instituciones o empresas, conjuntamente con sus profesionales, tienen que abordar el concepto de calidad de forma particularizada. Es preciso conceptualizar, qué se entiende por calidad en los servicios que cada organización da a sus clientes, sean estos alumnos, pacientes o usuarios en general. En resumen, la calidad debe ser definida para medirla, y cuantificada para poder mejorarla.

Como punto de partida, la mejor definición de calidad que podemos aportar es una hoja en blanco para que sea la propia organización la que la confeccione conjuntamente con los profesionales que la componen.

La calidad es un concepto en permanente evolución, que sigue perfilándose y que probablemente continúe en el futuro en función de otras variables que perciba el cliente en cada servicio, como son *“las prestaciones, las emociones, las inseguridades y las incomodidades”* (Huete 2004).

Definiciones de calidad hay tantas, como autores escriben sobre el tema. Hay muchas frases cortas entre las que elegir, pero la frase corta suele ser una trampa. En general, no se conoce ninguna definición breve que traiga como consecuencia un acuerdo real. No se puede planificar la calidad a menos que nos pongamos de acuerdo sobre cual es su significado.

Entre las muchas definiciones de calidad revisadas destacamos:

1. El grado de satisfacción que ofrece las características del producto/servicio con relación a las exigencias del consumidor.
2. El conjunto de todas las propiedades y características de un producto/servicio que son apropiadas para cumplir las exigencias del mercado al que va destinado.
3. El grado de adecuación de un determinado producto/servicio a las expectativas del usuario o a ciertos parámetros tecnológicos o científicos expresados mediante normas concretas.

Tanto la idea de satisfacción de las necesidades del consumidor como la conformidad con las especificaciones del diseño, las sintetiza *Ishikawa*: "*Trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o un servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario*".

En esta definición, incluye *Ishikawa* el aspecto económico, lo que conduce a la conocida relación calidad/precio, que lleva a *Drucker* a considerar calidad como "aquello que el cliente está dispuesto a pagar según lo que obtiene y valora", o de forma más concreta podríamos decir que calidad es la "satisfacción de necesidades o expectativas al menor coste posible".

Entre las definiciones más globales, merece citarse la que aporta la Real Academia de la Lengua Española, en la vigésima segunda edición de su diccionario:

"Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor". Definición que nos acerca a aspectos más tangibles y contemporáneos que nos indican que la calidad es medible y que también es comparable si la relacionamos con un estándar. Por tanto, su aplicación más directa está en la comparación y competitividad.

Por último, se debe indicar la definición que muestra la norma *UNE-EN ISO 9000:2000*, para la que "*calidad es el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos (necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria)*".

Hemos podido observar que en las diferentes manifestaciones sobre el concepto hay orientaciones convergentes:

1. Existe un mercado (una parte de la sociedad) que desea satisfacer sus necesidades con productos o servicios.
2. Cada organización, en función de sus objetivos, investiga ese mercado y analiza las necesidades actuales y futuras de los que pueden ser sus clientes/usuarios.
3. Esta organización, crea productos o servicios cuyas características deben satisfacer los deseos de los clientes/usuarios al mínimo coste.

Basándonos en ello, podría definirse la calidad del producto o servicio como el grado en que esas características se ajustan a las necesidades de la organización, el cliente/usuario y la sociedad en general.

Una vez conocidas las necesidades a satisfacer, hay que considerar su posible variación con el tiempo, por lo que las especificaciones a cumplir deben revisarse periódicamente. A veces ocurre que alguna situación impide que los productos/servicios, cuando llegan al mercado, satisfagan completamente las esperanzas del mismo en ese momento, bien por no alcanzar los

niveles esperados o por haber cambiado sus condiciones iniciales, lo que supone una diferencia entre el nuevo cuadro de necesidades que solicita el mercado y las que presenta el producto que se ofrece. Esta diferencia se conoce como la *no-calidad* y es la base para plantear de forma sistemática la necesidad de organizar la *mejora continua de la calidad*.

La calidad de un producto fabricado se puede definir, principalmente, por sus características técnicas o tecnológicas y temporales o duración, mientras que la calidad de un servicio puede incluirlas a todas, de ahí la dificultad de aplicar los programas de calidad en las empresas de servicios.

Las definiciones anteriores están basadas en la idea de satisfacción de necesidades. Hará falta preguntarse qué necesidades o qué expectativas son las que hay que satisfacer y, del mismo modo, preguntar a quién hay que satisfacer esas necesidades. En principio, se puede considerar que la organización ha de satisfacer las necesidades de todos sus grupos de interés (*stakeholders*): los clientes propiamente dichos, los propietarios de la empresa, su personal, los proveedores y la sociedad en su sentido más amplio.

Como hemos venido indicando, la calidad tiene un componente básico en la percepción que tienen los clientes, en función de lo que esperan. De forma sencilla, la satisfacción del cliente se puede definir como la diferencia entre las expectativas y la percepción del cliente respecto del producto o servicio. Así, el cliente está satisfecho cuando su percepción del servicio o producto supera sus expectativas.

Lo hasta aquí expuesto, sería aplicable para cualquier tipo de producto o servicio. Es obvio, que no es lo mismo ofrecer frigoríficos que televisores o más concretamente, en otros ámbitos, ofrecer servicios de salud, administrativos o servicios relacionados con una Universidad.

■ ¿QUÉ ES CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD?

Esta pregunta aún sigue creando silencios en algunos foros formativos, ya sea por la timidez colectiva que generan los inicios de un debate o por no intuir que las respuestas son tan globales y eficaces como la que plantea la definición propuesta por la Real Academia Española.

En cambio, es más fácil responder a esa pregunta imaginando un ejemplo y ambiente teóricamente distinto al nuestro. Parece que resulta más cómodo identificar la calidad como clientes de un servicio, que como suministradores del mismo.

Si hacemos el ejercicio de identificar las características de calidad de un servicio de trenes de alta velocidad, no resulta complicado enumerarlas e incluso atreverse a definir algunas de ellas. Atributos como fiabilidad, tiempos de respuesta, seguridad, competencia y cortesía del personal, elementos tangibles de confort y habitabilidad, accesibilidad de horario y estaciones, credibilidad empresarial y otras, son rápidamente enumeradas como características necesarias para considerar la calidad del servicio.

No son distintas estas características de calidad exigidas a cualquier empresa, a las que deben impregnar a las organizaciones sanitarias. Las cinco primeras constituyen la base del modelo Servqual (Parasuraman, Zeithami y Berry.1985) y se utilizan ampliamente en nuestro sector para medir la satisfacción de los pacientes y usuarios del sistema sanitario (Fig. 1).

FIABILIDAD, capacidad de prestar el servicio prometido de forma precisa

INTERÉS, con el que lo prestamos

COMPETENCIA, o habilidades que tienen los profesionales

ACCESIBILIDAD, que tienen los ciudadanos a los servicios ofertados

CORTESÍA, en el trato a los pacientes y ciudadanos

COMUNICACIÓN con pacientes y familiares
SEGURIDAD, Conocimiento del servicio prestado y la habilidad para transmitir confianza al paciente/ciudadano
COMPRENSIÓN del paciente
TANGIBLES, confort, limpieza, imagen, equipamiento

Fig. 1. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry L. **Calidad total en la gestión de servicios**. Ediciones Díaz de Santos, S.A. 1993 (Adaptación propia).

Palmer haciendo referencia a los servicios de salud, define la calidad como "la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del cliente".

Donabedian indica, también en referencia a los servicios de salud, que la atención tiene mayor o menor calidad en la medida que sus atributos se aproximen a los del prototipo. En función del prototipo, define tres tipos de calidades:

1. Calidad absoluta: Es aquella que establece el grado en que se ha conseguido el objetivo, teniendo en cuenta el componente científico-técnico. Por lo tanto, también es llamada calidad científica, técnica o profesional.
2. Calidad individualizada: Esta forma de concebir la calidad se basa en que el objetivo de la atención es mejorar el bienestar del cliente. Exige que el cliente sea tenido en cuenta y que se considere sus expectativas, deseos, etc.
3. Calidad social: Se basa en el concepto de eficiencia. Es muy aplicable al contexto de las organizaciones públicas, ya que cuanto mejor se utilicen los recursos, mayor será la distribución de éstos a toda la población.

Conviene aclarar que estas definiciones que sin duda son muy aplicables al sector servicios, por sus contenidos, están orientadas a servicios de cobertura pú-

blica y universal. De cualquiera de las formas, en sistemas sin vocación de cobertura universal, o en entidades privadas, puede prescindirse perfectamente de la accesibilidad y de la equidad y ceñirse a la calidad técnica, la satisfacción del cliente y la eficiencia en la utilización de los recursos de la empresa.

Siguiendo el esquema de este tipo de definiciones, sería operativo definir la calidad de cualquier servicio concreto. Basta con realizar y responder a preguntas de este tipo: ¿Cómo somos de accesibles para ese servicio puntual?, ¿Cómo nos aseguramos que verdaderamente damos el servicio de manera accesible?, ¿Qué componentes técnicos se deberían cumplir para ese servicio?, ¿Utilizamos los recursos justos y de manera adecuada?, ¿Están satisfechos nuestros pacientes y usuarios?, ¿Sus expectativas razonables están cubiertas?, ¿Cómo actúa nuestro personal de primera línea –celadores, telefonistas, administrativos, médicos...?, ¿Qué formación damos a nuestros profesionales atendiendo a su puesto de trabajo y la relación que tienen con los usuarios?, etc.

En la medida que dispongamos de especificaciones de calidad para el servicio de salud en las distintas dimensiones antes mencionadas, y las cuantifiquemos y conozcamos su impacto, estaremos definiendo y conociendo los niveles de calidad ofertados.

En definitiva y para concluir este apartado, la palabra calidad tiene múltiples significados, pero si conseguimos consensuar la visión del profesional, la del paciente y la de los gestores, sobre la base de lo anteriormente expuesto, estaremos en una posición de partida, desde nuestro punto de vista acertada.

■ ¿QUÉ MEDIR Y COMO MEDIR?

La Monitorización se define como la medida continuada a través del tiempo de actividades relacionadas con la calidad ofertada. Estos sistemas permiten identificar tendencias que pueden indicar servicios deficientes.

La Monitorización debe ser realizada por los propios profesionales que prestan los servicios, ya que nadie mejor que las personas que conocen y dispensan los servicios podrían poner en marcha un proceso de medida continuada y llegado el caso mejorarlo.

Deberemos monitorizar al menos los aspectos que afecten a muchos pacientes, que supongan un grave riesgo o que consuman muchos recursos. Éstos aspectos, unidos a medidas relacionadas con la accesibilidad del servicio, la calidad técnica dispensada y la satisfacción del paciente, completarían el espectro de lo que denominamos sistemas de monitorización compensados y completos.

■ ¿QUÉ ES UN INDICADOR DE CALIDAD DEL SERVICIO?

Se define como una variable cuantitativa que se usa para monitorizar la calidad y la adecuación de los servicios, y que sirve de base de las actividades de los mismos. Los indicadores permiten monitorizar lo que les sucede a los pacientes y a los usuarios como consecuencia de la actuación de los profesionales y de los sistemas organizativos.

■ ¿CÓMO SE CONSTRUYEN LOS INDICADORES DE CALIDAD?

La puesta en marcha de un indicador es un proceso que requiere unos conocimientos metodológicos previos.

Para ayudarnos en esta labor es conveniente utilizar un formato estructurado, cuyas fases pasamos a detallar:

1. Enunciado del indicador

Describe la actividad o el suceso a monitorizar. El enunciado debe ser objetivo, claro y conciso.

2. Definición de los términos

Los términos usados en el indicador que puedan inducir a dudas o sean susceptibles de diferentes interpretaciones deben ser definidos para que todos los profesionales midan lo mismo y de idéntica forma.

3. Identificación del tipo de indicador

Se clasifican según la gravedad, tipo y resultado del suceso monitorizado. Estos conceptos serán ampliamente abordados en el siguiente apartado del tema.

4. Bases del razonamiento

Explica cual es la base teórica en la que nos basamos para medir ese aspecto concreto. Es decir, es el argumento que trata de destacar la relevancia de ese indicador. Igualmente debe indicar la utilidad que tiene que medir el proceso seleccionado. Es conveniente refrendarlos con citas bibliográficas actualizadas para poder establecer comparaciones, si las hubiera.

5. Descripción de la población del indicador

Debe definir la población diana del indicador; es decir, cuál es el numerador y denominador del suceso monitorizado. La población puede agruparse según diversas características como edad, sexo, tipo, etc.)

6. Fuente de datos

Relación de los datos que necesitamos y de donde los vamos a obtener (Historia clínica, reclamaciones, etc.)

7. Datos existentes

Se debe indicar si existen datos conocidos sobre el indicador, ya sean externos o de la propia organización. En el caso de indicadores de tasa, otros estudios pueden servirnos para establecer el umbral de evaluación.

8. Tipos de indicadores de calidad

Los indicadores se pueden clasificar con respecto a tres puntos de vista:

Según la gravedad del suceso monitorizado:

Indicador centinela. Mide un suceso lo bastante grave e indeseable del proceso o resultado, como para realizar una revisión individual de cada caso que se produzca.

Indicador de tasa o basado en una proporción. Mide un suceso que requiere una revisión detallada, sólo si la proporción de casos que no cumplen el criterio del indicador sobrepasa un límite considerado aceptable (umbral). Por ejemplo, demoras moderadas en las esperas de los pacientes.

Según el tipo de suceso monitorizado:

Indicador de estructura: Hace referencia a actividad y recursos de una determinada organización. Un ejemplo sería el número de profesionales por Servicios o el número de recursos disponibles en función de la población de cobertura.

Indicador del proceso. Mide la actividad llevada a cabo, de forma directa o indirecta, durante la atención al paciente. Un buen indicador del proceso está basado en sucesos relacionados estrechamente con los resultados obtenidos en los pacientes. Ejemplo: Pacientes con dolor torácico a los que se les ha realizado un electro-cardiograma.

Indicador de resultados. Mide el éxito con respecto al cliente, es decir, si hemos conseguido lo que pretendíamos con las actividades realizadas durante el proceso de atención. Estos últimos hacen referencias, por ejemplo, al grado de satisfacción que manifiesta el paciente.

Según el resultado del suceso monitorizado:

Indicador positivo. Aquel que se basa en sucesos deseables para el centro, por ejemplo, pacientes correctamente atendidos.

Indicador negativo. El que se basa en sucesos no deseables para la Organización. Por ejemplos, pacientes que presentan quejas o reclamaciones.

9. Requisitos de los indicadores de calidad

Para facilitar la recogida de datos y aumentar su fia-

bilidad, los indicadores de calidad usados para la monitorización deben ser:

Concretos; cuanto más definido sea el enunciado del indicador, menos errores se cometerán al recoger los datos.

Objetivos; debemos evitar aquellos indicadores que se basen en un juicio subjetivo.

Específicos; el indicador debe identificar tan sólo aquellos casos que, en realidad, presentan problemas de calidad.

Válidos; según el conocimiento actual del tema y basados en la experiencia de profesionales expertos.

Relevantes; es decir que monitoricen aspectos importantes.

Eficientes; que eviten duplicidad de esfuerzos e información.

10. Atributos de los indicadores

Para que la información proporcionada por un indicador sea útil es necesario que cumpla algunas condiciones o atributos:

Validez: Es el grado en que el indicador cumple su propósito. Es el grado en que el indicador identifica sucesos que merecen una revisión más profunda, ya que la mejora es posible.

Un indicador es poco válido si depende en gran parte de factores no controlables por nosotros o si no tenemos en cuenta circunstancias que pueden justificar una actividad que no siga la norma (excepción).

Sensibilidad: Es el grado en que el indicador es capaz de identificar, todos aquellos casos en que existe un problema real de calidad (verdaderos positivos), o lo que es lo mismo, no presenta falsos negativos.

Especificidad: Es el grado en que el indicador es capaz de identificar sólo aquellos casos en que existe un problema real de calidad, es decir, que no existen falsos positivos. Un indicador poco específico detectará como problemáticos casos que, en realidad, se ha prestado una atención de calidad.

Umbral de calidad

Para los indicadores basados en una proporción, es necesario establecer un nivel o umbral de alarma,

de manera que cuando éste sea sobrepasado se ponga en marcha un proceso de evaluación para determinar si existe un problema real susceptible de mejora.

El umbral es un nivel preestablecido, a partir del cual es necesario realizar una evaluación, ya que el esfuerzo que nos costará se verá recompensado con una mejora de la calidad. El umbral se selecciona siguiendo una combinación de factores como la opinión de expertos, la revisión de la literatura, o bien los datos previos disponibles de un período determinado en nuestra organización o en otras.

Si utilizamos un indicador centinela, el umbral estará en un 0 % o en un 100 %, según, si el enunciado está como suceso negativo o positivo, respectivamente; es decir, todos los casos serán evaluados.

Es importante volver a insistir en que, a pesar de que la actividad del indicador sobrepasa el umbral de evaluación, no significa necesariamente que el servicio prestado sea de poca calidad o que vayamos a encontrar alguna posibilidad de mejorar la calidad. Lo que significa es que se requiere una evaluación para comprobar si el problema existe en realidad y, si existe, encontrar sus causas y soluciones.

■ ¿CÓMO DISEÑAR UN ESTUDIO DE EVALUACIÓN?

Los problemas de calidad y sus causas pueden ser identificados de muy diversas formas. En algunas ocasiones son evidentes los problemas y los factores causantes. En otras, es posible que las causas no estén claras o cuanto menos existan discrepancias entre los profesionales. La metodología de evaluación que se expone a continuación deberá ser utilizada en aquellos problemas de calidad donde no se conozcan las causas que están provocando la situación. Las evaluaciones se realizan siguiendo las siguientes etapas:

1. Dimensiones de la calidad

En primer lugar se debe conocer qué dimensión de la calidad queremos medir, por ejemplo: los aspectos técnicos del servicio, la satisfacción del paciente o aspectos relacionados con la eficiencia y la utilización de los recursos.

2 Unidades de estudio

Es conveniente explicar en el diseño quien va a realizar el estudio de evaluación, para que pacientes, con qué características y durante qué periodo de tiempo.

3. Relación temporal de la evaluación

La relación temporal se define en función del momento en que evaluamos el nivel de calidad del servicio dispensado.

Las evaluaciones concurrentes son aquellas en las que el juicio sobre la calidad es simultáneo al proceso de dispensación del servicio.

Las evaluaciones retrospectivas estudian los problemas que existen en el nivel de calidad prestado e intentan reconocer cuáles son sus causas.

4. Medidas correctoras previstas

Las medidas correctoras más usuales son las organizativas, las formativas para los profesionales, las educativas, las disciplinarias, etc.

5. Definición de la población a estudiar

Vendrá definida por los pacientes y usuarios que acuden a la organización o por la población susceptible de estudio en cada caso.

6. Determinación de la muestra

Si la población objeto de estudio es muy pequeña podemos decidir estudiar toda la población, pero en la mayoría de los casos es aconsejable extraer una muestra.

7. Fuentes de datos

La información para enjuiciar la calidad se obtiene de diversas fuentes de datos. Las más usuales son: las entrevistas y cuestionarios, satisfacción de los clientes y profesionales, tiempos de esperas, etc.

8. Elaboración de criterios

Los criterios representan el filtro por el que se debe pasar las distintas actuaciones de los profesionales para comprobar si se ajusta a un nivel óptimo de calidad.

Un criterio es aquella norma que especifica las condiciones deseables o indeseables más relevantes que debe cumplir un determinado aspecto del servicio dispensado, para que éste pueda ser considerado de calidad. El criterio es el instrumento de medida que se debe utilizar para evaluar la calidad.

Los criterios deben ser sencillos, basados en conocimientos técnicos actualizados, realistas y aceptados por los profesionales que van a ser evaluados.

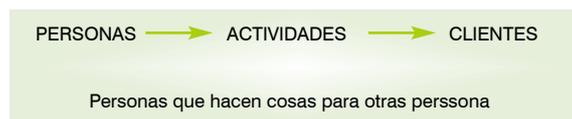
Es conveniente que a cada criterio se le asigne un estándar. El estándar señala el grado de cumplimiento exigible a un criterio. Suele expresarse en tanto por ciento y representa el valor numérico que separa la calidad aceptable de la inaceptable.

Es aconsejable realizar una recogida ordenada y sistemática de los datos acerca de la evaluación. En el momento que los datos sean analizados se conocerán las causas que originan el problema, ya que presumiblemente los criterios que al ser evaluados no alcancen el nivel exigido serán los causantes de que el indicador nos marque una situación problemática. Sólo restaría por tanto, introducir medidas correctoras y posteriormente reevaluar el proceso para comprobar la eficacia de las medidas.

■ ¿QUE ES UN PROCESO?

Los procesos tienen una base conceptual simple que nos permite acercarnos de forma fácil al inicio de un camino que, sin duda, resulta complejo para quien no lo conoce (Fig.2). Sobre todo, porque al igual que otros planteamientos, llegan al sector sanitario sin previo aviso, para instalarse con rotundidad en la planificación de las políticas sanitarias occidentales.

Fig. 2 Base conceptual de la gestión por procesos



Tratando de ser algo más riguroso, podríamos decir que un proceso se puede definir como un *conjunto estructurado y completo de actividades y tareas que se desarrollan en una organización, en las que intervienen personas, materiales y equipos con el objetivo de conseguir un resultado, previamente planificado, que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente (interno o externo).*

La complejidad del diseño de un proceso, que veremos mas adelante, se simplifica y agiliza a través de su visualización en forma de diagramas o esquemas. En él se describe en forma gráfica el modo en que las personas desempeñan su trabajo. Estos diagramas o esquemas pueden aplicarse a cualquier secuencia de actividades, independientemente de la longitud de su ciclo o de su complejidad, aunque para que sea realmente útil debe permitir cierta sencillez y flexibilidad.

■ ¿QUÉ ES Y CÓMO SE CONSTRUYE UN DIAGRAMA DE FLUJO?

Un diagrama de flujo es una representación gráfica del conjunto de funciones, actividades, y tareas que definen un proceso. Es decir, la secuencia de etapas o acciones que verdaderamente se llevan a la práctica.

La representación mediante diagramas de flujo tiene las siguientes ventajas:

- Ayuda a entender el proceso entre los afectados y usuarios.
- Ayuda a detectar problemas.

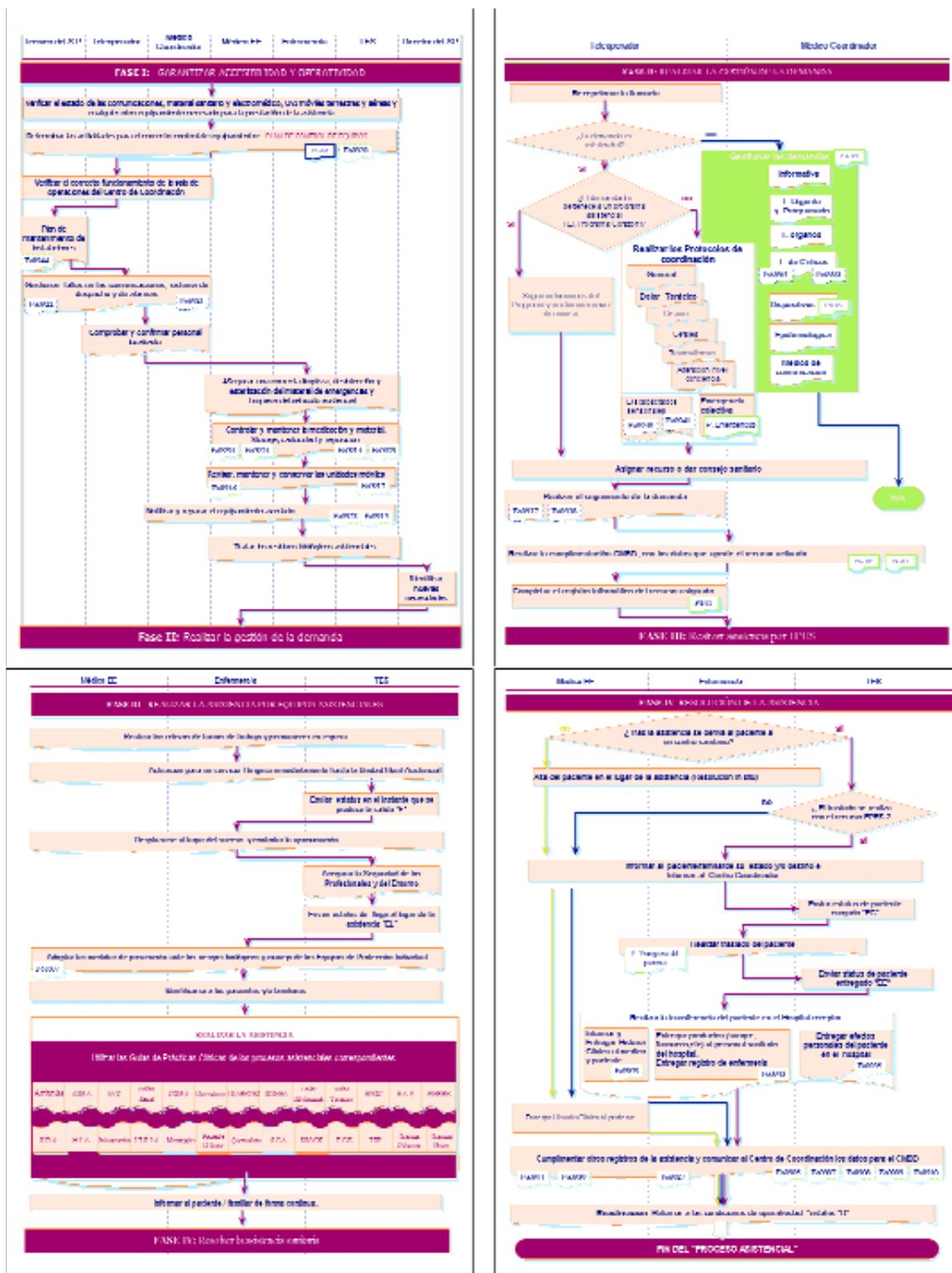
- Ayuda a detectar dónde es conveniente introducir un control de calidad o hacer recogida de datos.
- Ayuda a detectar las actividades que influyen en el rendimiento del proceso.
- Ayuda a mantener y estandarizar el proceso.
- Su representación y comprensión constituyen un paso esencial para la mejora del proceso.

Existen distintas formas de representar un diagrama de flujo de proceso y entre sus símbolos mas frecuentes encontramos:



Ilustramos la utilización de este tipo de diagramas con el Proceso asistencial de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061 de Andalucía. (Fig. 3)

Fig. 3. Proceso asistencial de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061 de Andalucía



■ ¿CÓMO CONTROLAR LOS PROCESOS?

Para que un proceso se encuentre bajo control es necesario que sea:

Entendido.

Se considera entendido un proceso cuando todas las personas involucradas en él conocen lo siguiente:

Cuál es el propósito del mismo, a través de la definición de la misión.

Las fronteras del proceso, mediante las entradas y salidas.

Quiénes son los clientes y proveedores.

Quién es el propietario.

Qué rendimiento está obteniendo.

Documentado.

La documentación de un proceso puede incluir:

Los subprocesos y diagrama de flujo de los mismos.

Nombre del propietario.

Medidas de rendimiento de los diferentes subprocesos y fases del proceso.

Medido.

El proceso debe ser medido de manera que se conozca su nivel de rendimiento, con respecto a las expectativas de sus clientes, de manera que se pueda actuar en su mejora.

Debe ser un indicador claro que monitorice la calidad del proceso. Lo ideal sería una sola medida, aunque esto no suele ser posible.

Las medidas de un proceso han de ser clasificadas en "internas del proceso", que estarán relacionadas con la eficiencia, y medidas "externas del proceso", que estarán relacionadas con la eficacia del proceso.

■ ¿QUÉ TIPOS DE PROCESOS EXISTEN?

Basado en el concepto IDEF, se clasifican los procesos en CLAVE, ESTRATÉGICOS, y SOPORTES.

Procesos CLAVE:

Son los que conforman la cadena del valor del producto o servicio, terminando siempre en el cliente externo. Es todo lo que el cliente ve, siendo la razón de ser de la organización.

Procesos ESTRATÉGICOS:

Alimentan a los procesos clave, sirviendo de guía y control a los mismos. Por ejemplo, el plan estratégico de un hospital, la normativa autonómica aplicable o los programas de gestión que pactan las instituciones con la autoridad sanitaria, etc.

Procesos SOPORTE:

Todos aquellos que de alguna manera dan servicio a la cadena de valor, y son necesarios para los procesos clave. Por ejemplo, informática, recursos humanos o mantenimiento de instalaciones y equipos, etc.

■ ¿QUÉ ES UN MAPA DE PROCESOS?

Los procesos pueden agruparse en torno a un *mapa de procesos*. En él se deben distinguir claramente los *procesos clave*, que conforman la cadena de valor de la organización, cuya salida es el producto o servicio al cliente externo.

Otros serán los procesos estratégicos, que sirven para marcar el rumbo y sirven de entrada a los clave "por arriba", en forma de guías, controles o normas.

Por último están los *procesos de apoyo o soporte*. Si los procesos clave identifican "*lo que tenemos que hacer*", los de soporte marcan "*con que lo vamos a hacer*", en forma de suministradores de recursos.

Cada proceso, debe disponer de un responsable, o propietario del proceso, debe tener definida su misión y los parámetros de medida.

En la Fig. 4 se muestra el mapa de proceso de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía.

Fig. 4 Mapa de Procesos de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (061) de Andalucía.



■ ¿CÓMO SE MEJORAN LOS PROCESOS?

Los modelos de calidad total comparten una serie de características. La primera, la necesidad de la implicación de la Dirección de la organización, en el diseño, planificación, evaluación y mejora de la calidad del conjunto de actividades, acciones y resultados. La segunda, la implicación de las personas (trabajadores de la organización) que, en definitiva, son quienes hacen las cosas y quienes consiguen los resultados. La tercera, pasa porque las decisiones se adopten en función de los datos, destacando la importancia que se atribuye a la evaluación y medición en el diseño de la calidad. La orientación al cliente, la gestión por (o de) procesos y la mejora continua son las otras características esenciales que, aunque es obvio que están relacionadas con las anteriores, forman por sí mismas un trío esencial para entender la gestión de la calidad.

Hoy día el concepto de calidad, como hemos comentado en los dos primeros apartados de este capítulo, tiene mucho que ver con la idea de adaptarse a las necesidades actuales y futuras de los clientes, y pasa porque la organización tenga identificado sus procesos críticos y que los gestione de forma apropiada, ofreciendo garantías a sus clientes y a sus trabajadores y, desde luego, no se puede entender la calidad sino se habla de mejora continua en el seno de una organización. La mejora continua forma parte de la razón de ser de la calidad desde sus orígenes. Las organizaciones interesadas por introducir sistemas de calidad en su seno lo hacen, primero, para asegurar un determinado nivel de calidad pero, en poco tiempo, cambian su objetivo para ir incrementando el nivel de calidad de sus prestaciones hacia sus clientes.

Por esta razón, la gestión de los procesos en una organización tiene como uno de sus objetivos, precisamente, la mejora de los mismos, tanto como a los resultados que se logran, o la forma en que se llevan a cabo las tareas, los métodos de evaluación o la continuidad de la vigencia de los objetivos propuestos.

En la mejora de un proceso intervienen, o deben intervenir, todas las personas involucradas en el mismo e, incluso, propietarios de otros procesos próximos o relacionados. Aunque, no cabe duda, que será necesario que alguien tome la iniciativa y ese alguien no es otro que el propietario del proceso.

Hablamos antes de la figura del propietario del proceso (responsable se le llama también en algunas organizaciones), y destacamos su papel, sobre todo, en:

- Asegurarse que se cumplan los objetivos del proceso, proponiendo aquellas modificaciones que permitan alcanzarlos con mayor seguridad en caso de no lograr los estándares.
- Establecer y mantener la relación con otros propietarios de otros procesos de la organización, con la vista puesta en la misión y estrategia global de la organización.
- Llevar a la práctica el control del proceso, lo que supone analizar periódicamente los indicadores asociados al mismo.
- La mejora del proceso, propiamente dicha para, independientemente de que se alcancen los estándares, se introduzcan mejoras.

Como se ve, la mejora de resultados, método, sistema de medición, etc. asociado a los procesos constituyen funciones muy importantes de los propietarios de procesos y, aunque no es éste su único papel ni responsabilidad exclusiva del propietario del proceso, requieren de toda su atención.

Para evaluar un proceso y decidir qué tipo de mejoras es necesario introducir, se recomienda:

1. Determinar el estado actual del proceso, lo que incluye desde la misión hasta el grado de cumplimiento de estándares, pasando por sus límites o las tareas que se incluyen, buscando simplificarlas, ordenarlas en aras a obtener una mayor eficiencia o,

sencillamente, valorar si siguen teniendo sentido tal y como se diseñaron inicialmente. Este punto incluye la valoración de nuevas tecnologías que pudieran afectar al proceso y, también, el análisis de la experiencia de otras organizaciones con procesos similares.

2. Analizar la información disponible (fundamentalmente la nueva información disponible) sobre el punto de vista del cliente y, específicamente, revisar los datos sobre necesidades y expectativas actuales y futuras de los distintos tipos de clientes a los que el proceso va dirigido.

3. Identificar posibles problemas y/o puntos de mejora derivados de la experiencia adquirida en la gestión del proceso o en la participación en el mismo de diferentes profesionales.

4. Siempre con el grupo de personas implicadas, analizar las causas de los problemas identificados a fin de estudiar posibles alternativas.

5. Establecer acciones de mejora a partir del análisis de esas posibles alternativas, priorizando, fijando un calendario, utilizando algún método para conocer si son eficaces y, sobre todo, teniendo en cuenta si las personas que las tienen que llevar adelante las perciben como viables (lo contrario es una pérdida de tiempo en la que muchas veces, desgraciadamente, se cae en las organizaciones).

6. Transcurrido el plazo de tiempo fijado, evaluar los efectos de las acciones de mejora implantadas, considerando si se han llevado a cabo conforme a lo previsto, las incidencias que hubieran podido ocurrir, los datos sobre efectividad de las medidas adoptadas y una valoración de hasta qué punto es posible mantener esta mejora o si es necesario plantearse otras alternativas.

7. Consolidar la mejora y volver a empezar un nuevo ciclo de mejora sobre un aspecto diferente.

A la hora de planificar correctamente la mejora de un proceso suele resultar de gran ayuda tener en la mente el siguiente diagrama de un plan de mejora.

1. Debemos considerar si el objetivo que se persigue sigue teniendo vigencia.
2. Si alcanzamos el despliegue perseguido y si se tiene claro qué debe realizarse y por qué.
3. Considerar si el método de evaluación y medida es el más apropiado para nuestros fines y si la información que se deriva de este método posibilita el aprendizaje y, por consiguiente, la mejora continua.

Por otro lado, para establecer un plan de mejora con posibilidades de éxito, se recomienda considerar los siguientes puntos:

Debemos poner en práctica algún método que permita priorizar qué haremos en primer lugar o qué requiere especialmente de nuestra atención. Hay diversos métodos y diversas formas de hacerlo. La participación de las personas involucradas en el proceso y considerar si existe algún problema grave que requiere una inmediata respuesta son dos condiciones que resulta indispensable no olvidar. La primera por las razones arriba apuntadas (implicación y sensación de viabilidad), la segunda porque lo contrario no sería éticamente aceptable.

Las preguntas que habitualmente solemos formularnos y que ayudan a fijar prioridades son las siguientes (no necesariamente en el mismo orden):

1. ¿Es grave?
2. ¿A cuántos clientes afecta?
3. ¿Qué costes tiene la mejora?
4. ¿Tenemos posibilidades de tener éxito introduciendo al introducir la mejora?
5. ¿Qué molestias, inconvenientes, riesgos supone?
6. ¿Cuántos profesionales están involucrados de cara a obtener la mejora?
7. ¿Qué costes o repercusión tiene no actuar?

8. ¿Resultará fácil saber si realmente hemos mejorado en algo?

Una vez decididas las prioridades (por ejemplo: 1 nivel máximo de prioridad, 2 nivel intermedio y 3 no urgente), pasamos a elaborar un calendario para llevar adelante las mejoras ideadas. Normalmente, hablamos en términos de medio plazo (nunca superior a un año).

Lo siguiente es definir un método que nos permita saber si hemos tenido éxito al introducir en el proceso la propuesta de mejora elaborada. Este punto es básico. Más de una vez, la mejora que se aprecia es independiente de la acción emprendida y se debe sencillamente a causas externas. Por otro lado, debemos saber en qué medida obtenemos la mejora que esperamos, si estamos por debajo de lo que esperábamos (y preguntarnos por qué) o si estamos por encima (y también preguntarnos por qué).

Es obvio que necesitamos preguntarnos cuál es el coste de la acción que pretendemos emprender y, lógicamente, si estamos en condiciones de llevarla a la práctica. Y, aunque todos los implicados deben participar y sentir la mejora como propia, alguien (normalmente el propietario del proceso) debe liderar su puesta en práctica.

■ ¿QUÉ MODELO ELEGIR?

La sucesiva preocupación por el tema de la gestión de la calidad en las organizaciones ha propiciado la aparición de diversos modelos y sistemas de potenciación de dicha calidad. Modelos con los que se pretende estimar o valorar en qué grado la organización alcanza determinados niveles de calidad.

La Historia de la acreditación de servicios sanitarios tiene su referencia de mayor prestigio en la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, que desde el año 1919 y tras distintas

alianzas y reestructuraciones, está estableciendo estándares de calidad para la acreditación de hospitales americanos. A partir de 1996 y de la mano de la Fundación Avedis Donabedian, se introduce en España, tras algunas adaptaciones del modelo.

Sin embargo, los más conocidos y difundidos son los correspondientes a la norma *ISO 9001* y al *Modelo de Excelencia de la EFQM* (European Foundation for Quality Management).

Estos “modelos”, “programas” o “herramientas”, que así son denominados, según las distintas perspectivas y situaciones de partida desde las que se aborden, van más allá de acreditar o no una institución sanitaria en función del nivel de adecuación o cumplimiento de los estándares o criterios que proponen. Son la mejor forma de abordar estrategias colectivas de mejora continua, y una señal de compromiso hacia el ciudadano al afrontar y mantener estándares de calidad evaluables y de consenso internacional.

En cualquier caso la elección de uno de ellos, dependerá de aspectos más o menos objetivables, como el nivel de calidad alcanzado en la organización, la visión que tenga la misma acerca de la calidad, la estructura organizativa, e incluso de las políticas sanitarias, ya que en algunos gobiernos autónomos se han decantado por *modelos concretos* o han desarrollado el suyo propio, como es el caso de Andalucía, aunque con una clara orientación hacia el modelo de excelencia (EFQM).

Lo que sí es importante tener en cuenta es que no son excluyentes, sino complementarios, y si EFQM tiene un nivel mayor de exigencia, y requiere una mayor madurez organizativa, la norma *ISO 9001*, permite arrancar con el compromiso de la calidad, y llegar hasta el nivel de exigencia que se desee. En cualquier caso, a veces no se trata de qué modelo elegir, sino de tener claro para qué y cómo lo hacemos:

“.....También es común el error de pretender aplicar lo que realmente es una estrategia que requiere un pro-

ceso de cambio cultural como si se tratara de un conjunto de simples herramientas de gestión, sin un mayor compromiso". (Huete L. M. y Perez A., Clienting. Ed. Deusto S.A. 2003)

LA NORMA ISO 9000

La International Office of Standards (**ISO**) ha establecido una serie de normas internacionales relativas a los Sistemas de Gestión de la Calidad (la familia de normas ISO 9000), adoptadas por el Centro Europeo de Normalización (CEN) y en España por la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR).

La última versión de las normas ha sido publicada en Diciembre de 2000, sustituyendo a la anterior de 1994 relativas al Aseguramiento de la Calidad, hoy rebasada por las actuales que pretenden no sólo asegurar la calidad del producto sino también aumentar la satisfacción del cliente.

Se compone de tres normas básicas que introducen una nueva concepción de la gestión de la calidad aplicable a cualquier tipo de organización:

ISO 9000:2000 Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario.

ISO 9001:2000 Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.

ISO 9004:2000 Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora de la calidad.

Su principal objetivo es relacionar la gestión moderna de la calidad con los procesos y actividades de la organización, promoviendo la mejora continua y el logro de la satisfacción del cliente.

Así, los principios que han regido la elaboración de estas normas, que suponen importantes beneficios para la organización, son los siguientes:

1. Aplicación a todos los sectores de productos y servicios y a todo tipo de organizaciones.
2. Sencillez de uso, lenguaje claro y fácilmente comprensible.
3. Significativa disminución de la cantidad de documentación requerida.
4. Aptitud para conectar los sistemas de gestión de la calidad con los procesos de la organización.
5. Gran orientación hacia la mejora continua y la satisfacción del cliente.
6. Compatibilidad con otros sistemas de gestión tales como los sistemas de gestión medioambiental ISO 14000.
7. Suministro de una base consistente para responder a las necesidades e intereses de organizaciones de sectores específicos, tales como aeroespacial, automoción, productos sanitarios, telecomunicaciones.

La Norma ISO 9001:2000, la única de las tres que es certificable, especifica los requisitos del sistema de gestión de la calidad de una organización desde la perspectiva de demostrar su capacidad para satisfacer las necesidades de los clientes.

Promueve la aplicación de un sistema basado en procesos dentro de la organización e introduce el concepto de mejora continua para estimular su eficacia, incrementar su ventaja competitiva en el mercado y responder a las expectativas de sus clientes.

La Norma ISO 9001:2000, estructurada en puntos claramente diferenciados para facilitar la comprensión y cumplimiento de sus requisitos, abarca las principales áreas de la organización y es compatible con otros sistemas de gestión, posibilitando su integración con los sistemas de gestión medioambiental ISO 14000.

La Norma UNE-EN ISO 9004:2000, no es certificable, pero proporciona las directrices para el aumento de la eficacia y la eficiencia globales de la organización. Tiene como objetivo la mejora continua del desempeño de la organización medida a través de la satisfacción de los clientes y de las demás partes interesadas en la organización.

Constituye una guía para aquellas organizaciones que deseen ir más allá de los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001, que estén preocupadas por la mejora continua del desempeño y por la evolución de su sistema de gestión de la calidad hacia modelos de excelencia o de calidad total.

La Norma ISO 9004 analiza cada uno de los requisitos de la Norma ISO 9001, los desarrolla y aporta una serie de recomendaciones en las que se considera el potencial de mejora de la organización.

La implementación de los principios recogidos en la Norma ISO 9004 beneficiará no sólo a la propia organización sino a cuantos se relacionen con ella: clientes, personal de la organización, propietarios, inversores, accionistas, aliados de negocio, proveedores y, en suma, a la sociedad en general.

MODELO EFQM DE EXCELENCIA

El Modelo EFQM (European Foundation of Quality Management) de Excelencia tiene como objetivo ayudar a las organizaciones (empresariales, de servicios, públicas,...) a conocerse mejor a sí mismas y, en consecuencia, a mejorar su funcionamiento.

El Modelo constituye una herramienta de mejora de la gestión de una organización que no es normativa ni prescriptiva; es decir no dice cómo hay que hacer las cosas, con lo que respeta las características de cada organización y la experiencia de sus miembros.

Los conceptos fundamentales en los que se basa son la orientación hacia los resultados y hacia el cliente, el liderazgo y la constancia de propósitos, la gestión por procesos y hechos, el desarrollo y la implicación del personal, el aprendizaje, la innovación y la mejora continua, las relaciones con los colaboradores y la responsabilidad social.

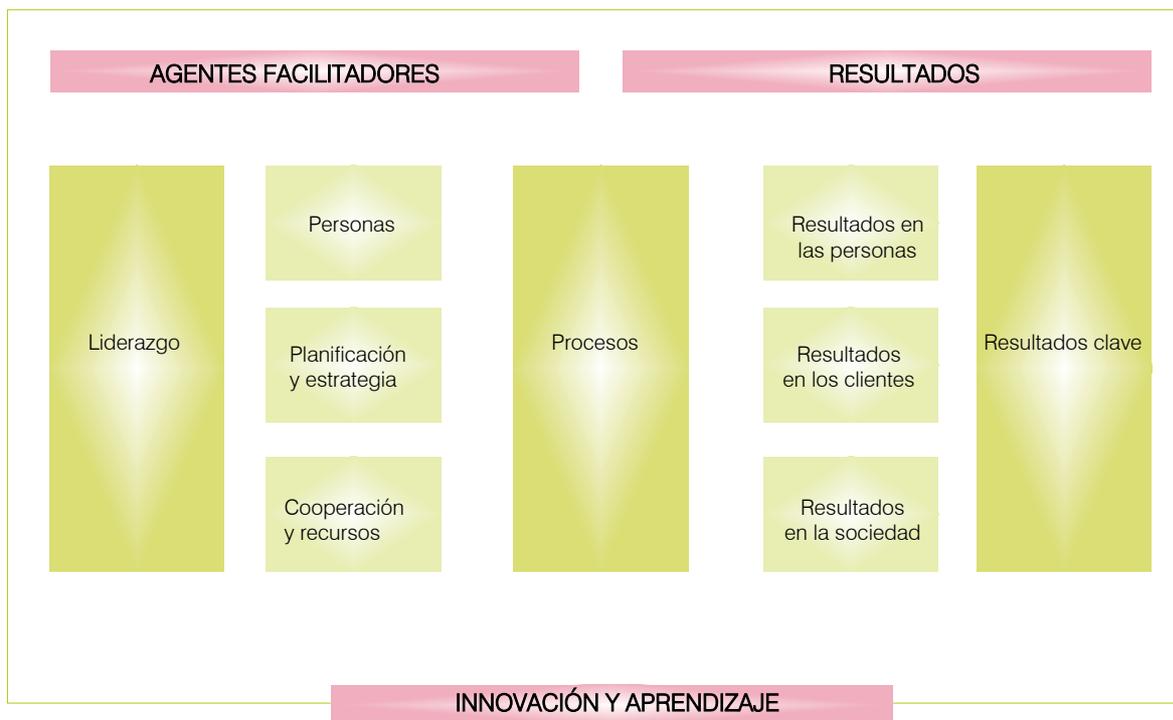
La característica principal del modelo es la autoevaluación, de la que se obtiene un conjunto de puntos fuertes y de puntos débiles susceptibles de mejora. Sobre esta base, y una vez realizado un trabajo de priorización, puede construirse un plan de acción tendiente a realizar las mejoras correspondientes.

Para mejorar es necesario conocer primero la situación actual y para ello es útil tener una guía que nos lleve a examinar de forma sistemática todos los aspectos del funcionamiento de la organización, estos aspectos son los denominados **criterios**.

El Modelo EFQM está basado en nueve criterios: cinco de los cuales son "Agentes Facilitadores", y cuatro son "Resultados". Un criterio "Agente" cubre lo que realiza la organización, en ellos examinaremos sistemáticamente todo lo que la organización hace y, sobre todo, cómo lo hace y cómo lo gestiona. Los criterios "Resultados" indican lo que obtiene la organización. Los "Resultados" son pues causa de los "Agentes".

Este Modelo acepta la existencia de varios caminos para la obtención de una excelencia duradera en todos los aspectos de la organización, basándose en la premisa de que **los Resultados excelentes con respecto a la Organización, los Clientes, el Personal y la Sociedad, se obtienen gracias a la buena gestión de los Colaboradores, los Recursos y los Procesos.**

El Modelo EFQM se presenta a continuación en forma de diagrama, indicándose que la innovación y el aprendizaje, ayudan a mejorar los criterios agentes con el objetivo de mejorar los resultados.



Los nueve bloques del Modelo, mostrados anteriormente, representan los criterios sobre los que se valora el progreso de una organización hacia la Excelencia. Cada uno de los nueve criterios posee una definición que muestra el significado de cada uno de ellos.

Para su desarrollo, cada criterio contiene un conjunto de subcriterios, donde cada uno de ellos incluye una lista de posibles áreas a tratar. Estas áreas no son obligatorias ni exhaustivas, pero se incluyen para clarificar el significado del subcriterio.

Hoy en día, el modelo de la EFQM representa un referente en el sector empresarial europeo y es utilizado ampliamente en el sector público español, existiendo innumerables experiencias de aplicación para el sector sanitario. Una revisión bibliográfica, en revistas especializadas sobre gestión sanitaria y calidad asistencial, situarán al lector en la importancia y los beneficios de su aplicación en éste ámbito.

Finalmente, hemos tratado con todas las aportaciones y recopilaciones que contienen este capítulo, ofrecer una revisión conceptual de los aspectos más importantes que se deben tener en cuenta para trabajar y *gestionar con calidad* los servicios sanitarios. Aplicarlo, es, desde nuestro punto de vista, una cuestión de ética y de responsabilidad profesional y organizacional.

■ BIBLIOGRAFÍA

- Alfonso JL. Servicio de salud. Técnicas avanzadas de marketing y planificación sanitaria. Barcelona: Doyma, 1991; 79-152.
- Antoñanzas A, Subías PJ. Planificación y realización de un estudio de evaluación. En: Marquet R. Garantía de calidad en atención primaria de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1993; 79-95.

- Aranaz J, Mira JJ, Rodríguez-Marín J. La satisfacción de los profesionales como un aspecto más del control de calidad en los hospitales. *Todo Hospital* 1988; 47:53-60.
- Bueno E. La planificación estratégica en hospitales: problemas y enfoques principales. Valencia: M/C/Q/ediciones S.L., 1994.
- Carné X, Moreno V, Porta M, Velilla E. El cálculo del número de pacientes necesarios en la planificación de un estudio clínico. *Med Cali (Barc)*. 1989; 92: 72-77.
- Carrasco AL, González E. Manual práctico de acreditación de hospitales. Valladolid: Médica Europea; 1993.
- Cavanagh SJ. Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. *J Adv Nurs* 1992; 17:704-711.
- Cooper CL, Rout U, Faragher B. *BMJ* 1989; 298: 366-370.
- Cuesta A, Moreno JA, Gutiérrez, R. Control de calidad de la asistencia hospitalaria. Conceptos generales. En: *La calidad de la asistencia hospitalaria*. Barcelona. Doyma. 1986; 1-17.
- Crosby PB. Quality is free. The art of making quality certain. New York: McGraw-Hill. Edición en castellano: *La calidad no cuesta*. México: CECSA, 1987.
- Cruz E, Vázquez J, Aguirre V, Fernández MI, Villagrasa JR, Andradas V. Evaluación de la satisfacción del personal de enfermería. *Aten Primaria* 1994; 9: 13-19.
- Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J. *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Massón. 1998.
- Delgado R, Suñol R. Los programas de calidad a nivel de los servicios clínicos. *Todo hospital* 1991; 80: 25-29.
- Donabedian A. La calidad de la atención médica. México: La Prensa Mexicana, 1984.
- Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial. *Control de calidad asistencial (primera parte)*, 1991; 6:1-6.
- Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial. *Control de calidad asistencial(segunda parte)*, 1991; 6:31-39.
- Donabedian A. Responsabilidades institucionales en la garantía de calidad. *Centro de documentación sanitaria. Informativo de control de calidad*. 1990; 6: 1526.
- Epstein F, Hayner N, Johnson B, Montoye H, Ullman B. The Tecumseh Study. Design, Progress and perspectives. *Arch Environ Health* 1970; 21: 402-407.
- Fernández MI, Vilagrasa JR, Gamo MF, Vázquez J, Cruz E, Aguirre MV, Andradas V. Estudio sobre la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69: 487-497.
- Fields AI, Cuerdon TT, Brasseux CO, Getson PR, Thompson AE, Orłowski JP, Youngner SJ. Physician burnout in pediatric critical care. *Crit Care Med* 1995; 23: 1425-1429.
- Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: Important general considerations. *BMJ* 1992; 302: 887-8.
- Frias A. Control de calidad en Enfermería comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990.
- Fortuna RM. El imperativo de la calidad. En: Ernest, C. *Calidad total: Una guía para directivos de los años 90*. Madrid: Fero S.A, 1990; 1-95.
- Gillies DA. *Gestión de enfermería*. Barcelona: Masson-Salvat, 1994.
- Heyworth J, Whitley TW, Allison EJ, Revicki DA. Predictors of work satisfaction among SHOs during accident and emergency medicine training. *Archives Emerg Med* 1993; 10: 279-288.
- Hidalgo I, Díaz RJ. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Avila. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 408-412.
- Hoffman FM. *Gestión económica en direcciones de enfermería*. Barcelona: Doyma, 1989.
- House J, Strecher V, Metzner HL, Robbins CA. Occupational stress and health among men and woman in the Tecumseh Community Health Study. *J*

Health Soc Behav 1986; 27: 62-77.

■ Hoyle D. Iso 9000 Manual de sistemas de calidad. Madrid: Paraninfo, 1994; 21-34.

■ Hugh K. Gestión total de la calidad en la sanidad. Barcelona: S.G. Fundación Avedis Donabedian, 1994; 17-29.

■ Humet C. Calidad, ética y coste. Calidad asistencial 1994; 1: 6-7.

■ Ignacio E. La calidad aplicada al campo de la Enfermería. Cádiz: Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería. 1997.

■ Ignacio E, Rodríguez MJ. El producto enfermero en las UCIs. Una guía. Cádiz: Convatec SA. 2000.

■ Irvine D, Evans M. Job satisfaction and turnover among nurses: integrating research findings across studies. Nurs Res 1994; 44: 246-253.

■ Irwin P, Fordham J. Evaluating the Quality of care. USA: Churchill Livingstone, 1995; 9-19.

■ Irwin P, Fordham J. The quality movement. En: Evaluating the Quality of care. USA: Churchill Livingstone, 1995; 25-41.

■ Johnson JV, Hall EM, Ford DE, Mead LA, Levine DM, Wang NY, Klag MJ. The psychosocial work environment of physicians. J Occup Environ Med 1995; 37: 1151-1159.

■ Juran JM. Juran y la planificación para la calidad. Madrid: Díaz de Santos, Madrid. 1990.

■ Juran JM. The quality trilogy. Quality Progress 1986; August: 19-24

■ Juran JM. Juran on leadership for quality. Juran Institute, 1989. Edición en castellano: Juran y el liderazgo para la calidad. Madrid: Díaz de Santos, 1990

■ Kahn J. Gestión de calidad de los centros sanitarios. Barcelona: Editorial S.G. 1990.

■ Kume H. Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la calidad. Parramón, 1992;31-49.

■ Kume H. Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la calidad. Parramón, 1992; 101-117.

■ Lamata F. Manual de Administración y gestión sanitaria. Madrid: Díaz de Santos. 1988.

■ Lamata F, Conde J, Martínez B, Horno M. Marketing Sanitario. Madrid: Díaz de Santos, 1994.

■ Ley general de sanidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica, 1991.

■ Lichtenstein R. Measuring the job satisfaction of physicians in organized settings. Med Care 1984; 22: 56-68.

■ Litvan H, Segoviano PF, Burgués J, Net A, Villar JM. El control de calidad en los servicios clínicos. Control de calidad asistencial 1990; 5: 38-43.

■ Longo DR, Bohr D. La transmisión de los datos. En: Métodos cuantitativos en la gestión de la calidad. Una guía práctica. Barcelona: SG y Fundación Avedis Donabedian, 1994; 87-94.

VLongo DR, Bohr D. Guía para los usuarios: herramientas, técnicas y ejemplos. En: Métodos Cuantitativos en la gestión de la calidad. Una guía práctica. Barcelona: SG y Fundación Avedis Donabedian, 1994; 121-177.

■ Luna N, Ortiz V. Mejoramiento de la calidad: Aplicación de herramientas para mejorar la calidad. Proyecto modelo. Hospitales 1993; 35: 26-33.

■ Marquet R, Grifell E. Monitorización. En: Marquet, R. Garantía de calidad en atención primaria de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1993; 65-77.

■ Menguzzato M, Renau JJ. La dirección estratégica de la empresa. Un enfoque innovador del management. Barcelona: Ariel, 1991.

■ Methium MA. Manual de herramientas básicas para el análisis de datos. 1990.

■ Millares JL, Ruiz J. La paradoja de "cliente" en los servicios sanitarios. Med Clin (Barc) 1995; 105: 418-419.

■ Minous AG. Factor analysis as a tool in primary care research. Fam Pract 1993;10:330-336.

■ Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodríguez-Marín

- J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del Sistema Público de Salud. *Aten Primaria* 1994; 14: 67-74.
- Nutting PA, Burkhalter BR, Carney JP, Gallagher KM. Métodos de evaluación de la calidad en atención primaria. Barcelona: SG editores, 1991.
 - Ozbolt J. Conceptuar y evaluar la asistencia de los profesionales de enfermería. *Enfermería científica*. 1987; 60: 1416.
 - Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
 - Peiró JM, González V, Zurriaga R, López Crosby PB. Quality is free. The art of making quality certain. New York: McGraw-Hill. Edición en castellano: La calidad no cuesta. México: CECOSA, 1987.
 - JR, Bravo MJ. El cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de la salud de equipos de atención primaria. *Revista de Psicología de la Salud* 1989; 1: 135-174.
 - Peña D, Prat A. Cómo controlar la calidad. Madrid: IMPI, 1990.
 - Peña D. Estadística, modelos y métodos. Madrid: Alianza editorial, 1991.
 - Pérez P. Control de calidad en Enfermería Intensiva. *Enfermería Intensiva* 1993; 4: 82-86.
 - Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias. Barcelona: Masson/SG, 1987.
 - Quintana Q. La política de calidad del Insalud. *Control de calidad asistencial* 1993; 8: 1-2.
 - Reames HR, Dunstone DC. Professional satisfaction of physicians. *Arch Intern Med* 1989; 149: 1951-1956.
 - Rosander AC. La búsqueda de la calidad en los servicios. Madrid: Díaz de Santos, 1992.
 - Saturno PJ. La definición de la calidad de la atención. En: Marquet, R. Garantía de calidad en atención primaria de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1993; 7-31.
 - Saturno PJ. Como diseñar una evaluación sobre calidad asistencial en Atención Primaria. Unidad docente de medicina preventiva y salud pública. Universidad de Murcia.
 - Schroeder P. Standards and guidelines for quality improvement. *Journal of Nursing Care Quality*. An Aspen Publication. Wisconsin, 1993; 8: 1-88.
 - Shoham-Yakubovich I, Carmel S, Zwanger L, Zaltzman T. Autonomy, job satisfaction and professional self-image among nurses in the context of a physicians strike. *Soc Sci Med* 1989; 28: 1315-1320.
 - Proyecto Signo II. Dirección General del Insalud. Madrid.
 - Suñol R. Reflexiones entorno a la implantación de programas de control de calidad en la Atención Primaria. *Atención Primaria* 1987; 4: 25-35.
 - The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Manual de acreditación para hospitales 1996. Barcelona: SG editores y Fundación Avedis Donabedian, 1995.
 - Temes JL. Los profesionales sanitarios, presente y futuro. *Todo hospital* 1989; 56: 1821.
 - Tenorio M, Aparicio S. Control de calidad: Una experiencia práctica. *Rol*. 1989; 5: 2842.
 - Udaondo M. Gestión de calidad. Madrid: Díaz de Santos, 1992; 1-63.
 - Van Dilewin J. Control estadístico de proceso. Caracas: ADEM. 1991.
 - Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos, 1993; 3-29.
 - Vivas D. Mejora continuada de la calidad de los servicios de salud: los gráficos de control estadístico del proceso. Valencia: M/C/Q ediciones S.L., 1995; 33-97.
 - Vuori H. Control de calidad de los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: Masson SG, 1989; 103-123 ■