

# CALIDAD Y SU CONOCIMIENTO EN EL SISTEMA SANITARIO DE CASTILLA Y LEÓN.

José Luis García Roldán

Profesor Titular y Director de la División Universitaria de Investigación y Desarrollo de la Calidad en Sanidad (ICAS) de la Universidad de Valladolid<sup>1</sup>

## RESUMEN

El presente artículo pretende divulgar los aspectos de la calidad en sanidad y en él se resumen desde diferentes puntos de vista los atributos que la definen, para ello se ha estructurado en tres apartados: (1) Revisión de los conceptos de calidad en el entorno sanitario, (2) Herramientas de medida y evaluación de la calidad en sanidad y (3) Resultados de un estudio empírico sobre la percepción y el conocimiento que sobre calidad tienen los profesionales de la sanidad en Castilla y León que respecto a los niveles de responsabilidad en el diseño organizativo del sistema sanitario de atributos de la calidad consideran que la reducción de costes es responsabilidad de la alta dirección, la satisfacción de los usuarios, la imagen del centro y la eficacia son responsabilidades de la dirección de los centros, la productividad y la motivación del personal de los mandos intermedios, la provisión de los servicios es responsabilidad de los profesionales y relaciones interpersonales es responsabilidad de todos los trabajadores de la organización. Se ha obtenido que los profesionales de la sanidad valoran con un mayor peso los resultados, la satisfacción del personal y los recursos que en el modelo EFQM.

**Palabras clave:** Calidad, Evaluación, Planificación.

## ABSTRACT

This article aims to disseminate quality aspects in the Health Services area and summarises the attributes that define, them from different points of view: (1) Review of quality concepts in the Health Services environment, (2) Tools for measuring and evaluating quality in the area and (3) Results of an empirical study on the level of perception and knowledge that health practitioners have of quality in Castilla y León. Regarding levels of responsibility in the organisation design of the health system, they consider that: (a) cost reductions are the responsibility of the senior management, (b) user satisfaction, the image of the centre and its efficiency are the responsibility of middle managers, (c) provision of services corresponds to practitioners, and (d) interpersonal relations to all employees in the organisation. It was observed that health service personnel give more weight to results, personal satisfaction and resources than in the EFQM model.

**Key words:** Quality, Evaluation, Planning.

## RÉSUMÉ

Le présent article se propose de divulguer les aspects de la qualité dans la santé; il contient un résumé, de différents points de vue, des attributs qui la définissent et se structure en trois parties: 1) révision des concepts de qualité dans le contexte sanitaire; 2) outils de mesure et évaluation de la qualité dans la santé; 3) résultats d'une étude empirique sur la perception et la connaissance de la qualité, qu'ont les professionnels de la santé dans la région de Castilla-León. Ces professionnels ont établi des degrés de responsabilité dans la structure du système sanitaire des différents éléments du concept qualité. A leur avis, la réduction des coûts est du ressort de la haute direction tandis que la satisfaction des usagers, l'image du centre et l'efficacité incombent à la direction des centres; les cadres intermédiaires sont responsables de la productivité et de la motivation du personnel et la provision des services est compétence des professionnels; quant aux rapports entre les personnes, ils dépendent de tous les travailleurs contemplés dans l'organisation. En définitive, les professionnels de la santé attachent davantage d'importance aux résultats de la satisfaction du personnel et aux ressources que d'après le modèle EFQM.

**Mots-clés:** Qualité, Évaluation, Planification.

<sup>1</sup> Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. C/ Ramón y Cajal, 7. 47005 Valladolid. Tfno: 983-423000 (ext: 24052). Fax: 983-423022. E-mail: roldan@med.uva.es

## I. INTRODUCCIÓN

El presente artículo pretende divulgar los aspectos de la calidad en sanidad y en él se resumen desde diferentes puntos de vista los atributos que la definen, evidentemente es muy presuntuoso suponer que en unas breves líneas se pueda plasmar todo lo que sería deseable resaltar en un ensayo sobre calidad en un área económica tan compleja como es la sanidad. La dificultad consiste en dar forma a un artículo que mantenga un carácter divulgativo a la vez que contenga suficiente información científica, que sea relevante y que defina los principios generales que permitan conjuntar la teoría y la práctica sin la necesidad de tener conocimientos específicos previos. El presente artículo está estructurado en tres apartados: (1) Revisión de los conceptos de calidad en el entorno sanitario, (2) Herramientas de medida y evaluación de la calidad en sanidad y (3) Resultados de un estudio empírico sobre la percepción y el conocimiento que sobre calidad tienen los profesionales de la sanidad en Castilla y León. Por último queremos expresar nuestro agradecimiento al Dr. Pablo Muñoz Gallego, por la confianza puesta en nuestro grupo para elaborar el documento técnico en el que se basó el Informe del CES iip 3 / 98 de Análisis del Sistema Sanitario en Castilla y León (1997).

## II. REVISIÓN DE LOS CONCEPTOS DE CALIDAD EN SANIDAD

Calidad y Satisfacción de los agentes que intervienen en el sistema sanitario son unos de los temas que han ido adquiriendo una creciente importancia en todos los países occidentales. Calidad es un término que invita a múltiples definiciones, quizá porque como argumentó Garvin, "Calidad es una excelencia innata que se reconoce solo con la experiencia", y por ello también se ha definido como el "Hacer lo correcto, correctamente", o como "El conjunto de propiedades y características de un producto" o dicho de una forma más explícita "El proceso de identificar, aceptar, satisfacer y superar constantemente las expectativas y necesidades de todos los colectivos humanos relacionados con ella, con respecto a los productos y servicios que ésta proporciona". Es evidente que el estudio de estas definiciones entrañan una elevada dificultad debido a que se trata de un concepto que contiene una gran riqueza de matices al haberse construido desde diferentes puntos de vista y es por ello que en la práctica, el estudio de la calidad se haga con abordajes parciales definidos como: Control Estadístico de la Calidad,

Premios de Calidad, Gestión de Calidad, Mejora Continua, Calidad Total, etc. Ahora bien, con estas ideas ¿estamos hablando de calidad en sanidad?; el aumento de la eficacia, eficiencia, productividad y competitividad de las organizaciones con el objetivo de mejorar sus productos, costes y servicios a los clientes ¿son atributos válidos para definir la calidad en sanidad?. Las contestaciones a estas preguntas están llenas de especulaciones.

La Constitución Española reconoce el derecho de todos los Españoles a la protección de la Salud y la competencia de los poderes públicos en tutelar la salud pública. La Ley 14/86 General de Sanidad, define al Sistema Sanitario como de derecho y universal, integral (con actuaciones y recursos) y de equidad (territorial y social), con el acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva; regido por los principios de eficacia (referida a las virtudes, actividades o acciones con las que se logran los propósitos del sistema sanitario), celeridad (referida a la prontitud, rapidez o velocidad en lograra estos propósitos), economía (referida a la producción, distribución y administración recta y prudente de recursos en materia de sanidad con el objetivo de producir salud) y flexibilidad (referida a la disposición del sistema sanitario de acomodarse y adaptarse al entorno); en el que se han de realizar estudios epidemiológicos así como de planificación, evaluación y acreditación sanitaria; evitando la mala práctica y fomentando el derecho de los usuarios al respeto a su personalidad, la información, confidencialidad, libre elección de médico y la participación en las actividades sanitarias. Como se aprecia la Ley General de Sanidad define de forma extensa todos y cada uno de los atributos que ha de tener el sistema sanitario, pero queda por aclarar ¿para definir un sistema sanitario como de calidad se han de cumplir todos estos parámetros?.

En Castilla y León, la Ley 1/93 de Ordenación del Sistema Sanitario dispone como uno de los Principios Rectores la mejora continua de la calidad de los servicios y en el artículo 27 señala que *La evaluación de la calidad asistencial constituirá un proceso continuado que informará de todas las actividades del personal y de los centros, establecimientos y servicios sanitarios y sociosanitarios propios, integrados y concertados*. Por lo tanto se define calidad con un amplio espectro matices que englobaría a todas las actividades de los profesionales y de las organizaciones sanitarias.

El diccionario de la Real Academia Española define calidad (*qualitas, -atis*) como "propiedad o conjunto de pro-

*propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie*", a primera vista esta la definición presenta dos componentes básicos, uno que describe las propiedades y otro que las compara, por lo tanto hablar de calidad es hablar de medición y evaluación de las propiedades o atributos de la sanidad, esta afirmación queda reflejada en el hecho que los profesionales de la sanidad entran en contacto con el término calidad no a través de una formación reglada y específica como sería deseable, sino por un imperativo del medio laboral, al verse obligados a realizar observaciones empíricas de los *indicadores de calidad* definidos en los contratos de gestión de los centros y que están referidos al simple recuento de las acciones o actividades realizadas con relación a al cartera de servicios (como ocurre en los contratos de gestión en atención primaria) sin examinar las estructuras donde se producen, los procesos que las generan o los resultados reales que producen. Situación que imposibilita no ya el simple entendimiento de las observaciones realizadas por los profesionales, sino que dificulta la transición intelectual del empirismo intuitivo a la argumentación lógica y razonada como bases de conocimiento sobre calidad en sanidad, situación que impide el desarrollo científico y claramente favorece la desmotivación.

Calidad se ha relacionado con los productos, se ha definido como *"el conjunto de propiedades y características de los productos"*, esta definición puede ser aplicada a determinados sectores industriales como es el automovilístico, los atributos que definen la calidad de sus productos son bien conocidos, casi todos sabemos diferenciar un buen coche de otro mediocre, y los consumidores son conscientes de la existencia de mecanismos que garantizan los estándares de calidad, y ello se debe a que los productos de la industria automovilística son homogéneos, bien definidos y suficientemente conocidos por la población en general. Por el contrario el sistema sanitario produce salud y en las organizaciones sanitarias los productos son múltiples y frecuentemente intangibles, definidos por una amplia cartera de servicios relacionada con el mantenimiento o restablecimiento de la salud, que por sus características presentan un importante problema de medición, en parte por su falta de homogeneidad ya que los servicios se deben de ajustar a las propias necesidades de los usuarios y al momento concreto de la prestación, lo que dificulta identificar los productos finales.

Calidad es un término intuitivo, se ha definido como *"reconocemos la calidad cuando la vemos"* y por lo tanto es un término altamente especulativo, lo que favorece

que sea fácil opinar sobre calidad sin conocimientos específicos ni argumentos reales y que por este motivo no pueda ser definido en una única receta, lo que obliga a delimitar el marco teórico o paradigmático en el que se define el término. Mayoritariamente existe una tendencia a definir la calidad en sanidad en términos estratégicos o tácticos, siendo infrecuentes las definiciones operativas; igualmente es preciso definir la implicación de los individuos (responsabilidad individual) a la vez que de la sociedad (cultura de calidad), así como los métodos de medición y evaluación. Estos tres niveles de definiciones de calidad (estratégico, táctico y operativo) están intrínsecamente unidos a los términos de evaluación, planificación y mejora, conceptos que se integran en una rueda o secuencia de actuaciones: Evaluación – Planificación – Evaluación – Mejora.

**Definición Estratégica de la calidad** (definición del modelo de calidad) se define en forma de líneas de actuación a largo plazo que expresan la filosofía hacia donde se quiere llegar. Es un nivel en el que se responsabiliza a la dirección de la organización y en el que si no se profundiza más, la definición de calidad puede quedar en una simple declaración de intenciones o de política institucional, con la tendencia a ser algo etéreo, burocrático, desconocido y falto de contenido, sin capacidad de convertirse en un proceso participativo y de compromiso de todos los elementos del sistema.

En definitiva para nosotros se hace bueno aquello de *"si quiere usted hablar conmigo, defina sus términos"*, y aceptamos como válida la definición que Crosby hizo de la calidad *"la conformidad con las especificaciones pre-establecidas"*. La estrategia de calidad precisa definir un modelo explícito de referencia que perfila la *Calidad óptima alcanzable* y refleja las preferencias de usuarios y profesionales; el modelo ha de ser participativo, consensuado por los distintos interlocutores sociales y dado a conocer como el mejor modelo alcanzable por el sistema. En el modelo de calidad se han de reconocer con claridad los parámetros de referencia las variables y estimadores que servirán para medir y evidenciar las diferencias de los datos reales con los parámetros del modelo y de esta forma detectar las áreas sobre las que desarrollar planes que permitan alcanzar el modelo.

**Definición Táctica de la calidad** (planificación de la calidad - Dirección), define la calidad diseñada y programada acorde con las necesidades, la planificación consiste en realizar un estudio de la organización sanitaria, una vez realizada una evaluación inicial en la que se han

identificando las áreas o puntos "fuertes" y las áreas o puntos "débiles" de la organización, sobre la base de este estudio se definen los programas de calidad o actuaciones concretas para cada área. Los planes de calidad han de definir con claridad un diseño organizativo (estructura, recursos necesarios y los responsables de supervisar las estrategias) orientado hacia un compromiso institucional de la dirección con una estrategia centrada en los usuarios y la participación de todos los profesionales de la organización (calidad total), el modelo de calidad de referencia (definido en la política de calidad de la organización) y las fases de implantación y desarrollo del plan.

El principal problema que se plantea en la puesta en marcha de un plan de calidad en el sistema sanitario es la ausencia de una cultura de calidad en la organización la ausencia de masa crítica y la falta de formación teórica de los profesionales en temas relacionados con la calidad, y por lo general falta de competencia de los responsables de los programas de calidad de los centros. Los programas de calidad en el sistema sanitario debe suponer un proceso participativo en el que se comprometan todos los elementos del sistema y no quedarse en una programación teórica, burocrática, desconocida y falta de contenido, es frecuente que la primera información que llega a los profesionales sobre el plan de calidad se limita a la *obligación de medir indicadores* no siempre conocidos y menos entendidos, situación que no favorece el interés individual por la calidad, así mismo los profesionales no participan en el proceso de evaluación y comparación de los *indicadores* que carecen de objetivos definidos sobre *gratificación de grupo* lo que tampoco favorece la motivación de los colectivos, lo que provoca ciertos tipos de reacciones por parte del propio sistema sanitario que por inercia procurará fomentar que el sistema siga funcionando como siempre lo ha hecho, argumentando que *cualquier cambio es demasiado complicado*. Otro tipo de reacción es considerar todo cambio como una nueva industria generadora de recursos para quienes la ejercen, lo que provoca el rechazo del grupo de poder que puede ver peligrar un sistema que les permite ciertos privilegios. Una de las reacciones más peligrosas es considerar la calidad como un fin en sí misma y la creación en el organigrama de unidades de calidad estancas y altamente burocratizadas, que son vistas como estructuras lejanas y desconocidas que suscitan desconfianza entre los profesionales. Posiblemente la reacción más generalizada es el rechazo por considerar que supone una evaluación encubierta de los profesionales, argumentada en el desconocimiento y falta de información, por ello todo plan de calidad ha de comenzar con una formación reglada y

divulgar que el concepto de calidad no hace referencia a las actuaciones de las organizaciones, sino que se refiere al grado en que las estructuras, procesos y resultados relacionados con estas actuaciones cumplen los criterios, estándares e indicadores del modelo previamente definido y conocido. Desde el punto de vista de los profesionales afrontar este nuevo paradigma, no significa negar lo que existe, ni tener que dar contestación a la pregunta *¿Es que ahora no damos calidad?*, la situación no es que ahora no se está dando calidad, sino que es necesario definirla y evidenciarla. Por estos motivos todo los dispositivos relacionados con la programación de la calidad (Unidades de calidad) han de ser conocidos, participativos, fácilmente entendibles y estar al servicio de los profesionales, eligiendo de forma cuidadosa el perfil de los coordinadores de calidad de los centros, que por lo general es preferible que pertenezca al estamento de enfermería (García 1995).

**Definición Operativa de la calidad** (medición, evaluación y gestión de la calidad) el modelo de referencia se define en términos de criterios, estándares e indicadores que se utilizarán para verificar y objetivar el grado de cumplimiento del modelo.

Medición de la calidad (control de calidad) permite definir la *calidad alcanzada* por cada organización sanitaria. En el proceso de medición de la calidad en sanidad se ha de prestar especial atención en la elección de los criterios, estándares e indicadores que sean aplicables en cada caso concreto y se han de considerar las reglas y valores de corte para la posterior evaluación.

Evaluación de la calidad (garantía de la calidad), consiste en verificar el grado de cumplimiento de unos criterios y estándares previamente definidos en un modelo y reconocidos como óptimos, la evaluación se realiza en dos momentos, uno inicial previa a la planificación y que define de forma preliminar la calidad demandada por las necesidades y expectativas de los usuarios y cuyos resultados sirven para la planificación de la calidad y una segunda evaluación posterior al desarrollo del plan de calidad que evidencia sus resultados.

Mejora de la calidad (gestión de la calidad) supone mejorar la planificación con actuaciones de tomar decisiones que favorezcan la ejecución del modelo, actuaciones de mejora de la calidad y comparar las organizaciones entre, ha sido definida por R. Marquet i Palomer como *"Conseguir como resultado un impacto positivo en la sociedad, a través de la satisfacción de los clientes-usuarios y de los profesionales de las organizaciones"*

*sanitarias*". La definición de calidad ha de considerar la visión tanto de los individuos como la de los colectivos profesionales, ya que se ha de entender que calidad supone una cultura y que únicamente se hace operativa cuando se mide y evalúa.

Ya se ha comentado el carácter intuitivo del concepto de calidad, "*reconocemos la calidad cuando la vemos*", posiblemente porque se están cumpliendo nuestras expectativas como usuarios y/o profesionales. Con el objetivo de conocer las opiniones que sobre el significado del término calidad en sanidad tienen los usuarios y los profesionales tienen sobre calidad se ha realizado un estudio empírico consistente en una encuesta realizada sobre unas muestras de usuarios y de profesionales del sistema sanitario de Castilla y León (García Roldán, 1998), se obtuvieron los siguientes resultados:

Para los usuarios calidad significa la capacidad del sistema sanitario para resolver sus problemas, de una forma fácil, sin riesgos, disponiendo de las últimas tecnologías y en un ambiente de confianza con sus cuidadores. Los usuarios anteponen la resolución de su problema particular a los intereses generales, primando que la actividad asistencial provoque un mínimo de molestias para ellos y sus familiares y solicitan como medidas de mejoras de la calidad un trato más directo, amable y humano por parte de los profesionales sanitarios, un incremento en la comunicación con los profesionales y el acceso a las nuevas tecnologías. El grado de satisfacción es calificado como "bueno o muy bueno" por el 60% entre los jóvenes y el 70% entre los ancianos. Los usuarios no reconocen a los financiadores del sistema y admiten una sensación de gratuidad en las prestaciones sanitarias, del mismo modo manifiesta que a su entender pagan más de lo que reciben.

Los profesionales de la sanidad definen el término calidad haciendo referencia casi siempre a un atributo concreto como son: Diagnósticos correctos, terapéuticas óptimas, costes mínimos, satisfacción plena, eficacia del Sistema Sanitario, bajos riesgos, etc. Los profesionales de forma mayoritaria definen la calidad en términos de actividades profesionales, habitualmente genéricas y orientadas sobre los pacientes, manifiestan sobrecarga de trabajo y falta de tiempo en el trato con el paciente y consideran como medidas de mejora de la calidad, la carrera y promoción profesional y la formación continuada. El grado de satisfacción es calificado como "bueno o muy bueno" entre el 60% y el 80%, según los colectivos profesionales. Entre el colectivo de profesionales, se conoce el capítulo

presupuestario referido a gastos de personal y manifiestan la sensación de que la distribución de los presupuestos se realiza de manera arbitraria y por lo general con una mala gestión.

En una tabla comparativa (tabla I) se representan los atributos estudiados en la encuesta y se señala el orden de preferencia relativo que los usuarios y los profesionales del sistema sanitario han mostrado por cada uno de ellos. En general los profesionales facultativos manifiestan preferencia por los sistemas de información priorizando los temas relacionados con la coordinación profesional, la formación continuada y los registros sanitarios. Manifiestan que las soluciones parciales no funcionan, por lo que las decisiones han de tomarse considerando al sistema en su conjunto, expresan la carencia en los currícula oficiales de las titulaciones de los profesionales sanitarios de una formación específica sobre calidad. Es de resaltar el sentimiento de insatisfacción que manifiestan los profesionales de la sanidad motivado por un entorno de expectativas al alza caracterizado por esperar alcanzar más de lo que se puede obtener y el sentimiento de estar explotados por un sistema que no considera sus propósitos y que está carente de recompensas, ante esta situación la solución que consideran más viable es fomentar una nueva cultura profesional que fomente la satisfacción personal y permita alcanzar las expectativas con el esfuerzo voluntario para conseguir recompensas que estén bajo el control de uno mismo.

Los usuarios manifiestan su preferencia por los temas relacionados con la buena práctica clínica, la ética y responsabilidad profesional y los registros sanitarios. Consideran que el sistema no ha sido diseñado pensando en los usuarios y actúa de forma indiferente a sus necesidades, lo que provoca falta de credibilidad en el sistema.

Calidad no significa recortes en los presupuestos ni en los gastos de la sanidad, las políticas de calidad en la asignación de recursos no buscan una disminución de costes en detrimento de la calidad, calidad significa responder a la pregunta ¿Qué obtenemos por el dinero gastado?, ¿Se realiza una asignación eficaz, efectiva y eficiente de los recursos destinados a sanidad? ¿La asignación actual de los recursos posibilita un sistema sanitario universal y equitativo? ¿Se invierte en programas que han sido previamente evaluados?. La definición operativa de la calidad ha de considerar que la asignación de recursos en sanidad se realiza en términos costes de oportunidad, capacidad financiera del estado y criterios de dis-

Tabla I.

| Atributos estudiados en la encuesta   | Orden de preferencia |               |
|---|----------------------|---------------|
|   | Usuarios             | Profesionales |
| Diseño organizativo y Eficiencia de los Recursos  | 4                    | 6             |
| Buena práctica clínica. Eficacia y Efectividad de la gestión clínica.                       | 1                    | 5             |
| Ética y Responsabilidad profesional.  | 2                    | 4             |
| Programa de formación continuada para profesionales.  | 6                    | 2             |
| Cooperación profesional. Coordinación entre niveles asistenciales y Derivación de pacientes | 7                    | 1             |
| Historia clínica y Registros sanitarios.  | 3                    | 3             |
| Participación de los usuarios y ciudadanos en la sanidad.                                   | 5                    | 8             |
| Evaluación de la tecnología de la sanidad.  | 8                    | 7             |

tribución presupuestaria ya que en nuestro entorno al ser la mayoría de los recursos destinados a sanidad de titularidad pública, las preferencias de la sociedad quedan manifiestas a través del sistema político, que actúa como gestor de los recursos públicos y cuyas decisiones en el caso de obedecer a parámetros únicamente políticos pudieran inducir cierta infracción en el gasto de la sanidad, bien por falta de agilidad en la gestión como por medir los resultados de sus decisiones en términos de rentabilidad política.

Son hechos ciertos que la sanidad ocupa un lugar destacado en nuestro entorno socioeconómico, caracterizado por un importante incremento en la demanda sanitaria y un significativo aumento en los costes de los cada vez más y mejores servicios ofertados a la población, que entre otras causas tienen su origen en los relevantes progresos de los conocimientos médicos y la introducción de nuevas y más caras tecnologías; paralelamente el estado dispone de recursos limitados, por lo que la asignación de recursos a la sanidad crece a un menor ritmo de lo que se incrementa el gasto sanitario, lo que obliga a tomar decisiones sobre la mejor utilización de los recursos disponibles. Situación que es reconocida como principio rector en la Ley 1/93 de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León, que obliga a la eficacia y eficiencia en la asignación, utilización y gestión de los recursos y señala en el Art. 4 el derecho de los ciudadanos a disponer de información sobre el coste económico de las prestaciones y servicios recibidos. Este derecho posiblemente se relaciona con que una de las causas posibles del incremento del consumo de recursos y del gasto sanitario es la sensación de gratuidad que manifiestan los usuarios de la sanidad pública, que por lo general hay una baja conciencia que la sanidad pública está subvencionada por todos

y cada uno de los contribuyentes, por lo que estos debería de exigir la mejor utilización posible de los recursos en términos de costes de oportunidad, exigiendo evaluaciones previas a la inversión en las que se definan cocientes tales como inversión de recursos / mejora la calidad del sistema de salud.

Los economistas del sistema sanitario sostienen que la asignación de recursos se ha de realiza hasta que los costes marginales sociales se equiparen a las ventajas marginales sociales, considerando las ventajas y costes de oportunidad. Las inversiones realizadas han de ser evaluadas no solo en términos de percepción y expectativas que los agentes del sistema sanitario (usuarios, proveedores, financiadores, aseguradores, etc.) tienen sobre la rentabilidad de los gastos; las evaluaciones han de ser explícitas y deben de expresarse en términos de costes de oportunidad, es decir se ha de evaluar si con una nueva inversión se obtiene una menor rentabilidad social que si los recursos se hubieran empleado de otra forma, evitando llegar al umbral en el que el incremento de gastos no redunde en un beneficio social. Se han de evaluar los costes de oportunidad que suponen los fraudes en bajas laborales y pensiones inadecuadas conforme a criterios establecidos.

### III. HERRAMIENTAS DE MEDIDA Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN SANIDAD

Medir la calidad no es sencillo, sobretodo si pretendemos medir la calidad con todas sus palabras, *entendiendo calidad como la constatación de que algo es lo que dice ser, por lo tanto el término de calidad ha de estar*

definido para cada uno de los sustantivos a los que califique y el conjunto de cualidades que definen a un todo. Esta visión es demasiado complicada para la realidad, es por ello que queda patente la importancia que tiene definir correctamente el término calidad en sanidad, de otra forma sería imposible medirla y menos evaluarla. Ahora bien si el sistema sanitario tiene como objetivo y como producto la salud en la población, se podría decir que la calidad queda definida en términos de salud y si utilizamos la esperanza de vida como el indicador de salud, tendría que aceptarse que nuestro sistema sanitario es de calidad óptima, ya que la esperanza de vida en nuestro país es de las más elevadas del mundo. Dicho así es obligado poner algunas objeciones a este argumento, por este motivo el término calidad en sanidad ha de ser explícito, considerando que en el proceso de evaluación se ha de prestar especial atención a la elección de los criterios, estándares e indicadores que se van a medir, así como a las reglas y valores de corte para la evaluación.

Las descripciones de los métodos de medida y evaluación de la calidad deben de comenzar, en el marco de un modelo de calidad definido, con la enumeración de los atributos de la calidad que han de ser medidos y valorados. En nuestro sistema sanitario la definición de los modelos de calidad no ha sido un tema prioritario hasta fechas muy recientes, las primeras actuaciones desarrolladas en definir la calidad en sanidad se centraron en la búsqueda de indicadores relevantes en áreas restringidas de la asistencia y la exposición de los resultados de los trabajos de las comisiones clínicas y de los grupos de mejora; con la implantación del sistema de Médicos Internos Residentes se desarrolló el programa de acreditación docente de los hospitales. En la actualidad se han creado unidades de calidad en la mayor parte de los centros sanitarios con el objetivo de desarrollar los planes de calidad, lo que está obligando a que cada organización sanitaria defina su propia política de calidad.

Los atributos que definen la calidad de una organización sanitaria han sido ya descritos por distintos autores. Aunque hay antecedentes históricos muy notables fue en Estados Unidos, a principios de siglo cuando comenzó de una forma reglada el interés por la calidad cuando F.A. Codman (1910) propuso que cada hospital evaluara los resultados finales para cada paciente, los hiciera públicos y responsabilizara al médico o cirujano correspondiente. En 1912 el colegio de cirujanos en USA realiza la primera resolución histórica sobre calidad, desde la óptica de la evaluación con criterios objetivos. En 1917 se realizó el

primer manual práctico de acreditación en sanidad que contenía los siguientes estándares:

- Se establecen requerimientos estructurales mínimos: laboratorio con servicios químicos, serológico, bacteriológico y patológico y servicio de Rx.
- Organización de los médicos en un *staff*, que mantendrá reuniones periódicas al menos mensuales.
- Se requiere que los médicos estén acreditados y cumplan estándares éticos.
- Se requiere la cumplimentación y análisis de las historias clínicas.

En 1951 se creó la Comisión Conjunta: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) que en 1953 elaboró el primer manual de acreditación de hospitales, cuyos criterios tenían como objetivos la prevención de catástrofes, garantizar estándares médicos mínimos y aumentar la eficiencia de los servicios sanitarios.

Donabedian (1968), Freeborn y Greenlick (1973) sugirieron un esquema que contenían entre otros los siguientes atributos (con modificaciones del autor):

## 1. Evaluación de la Efectividad Técnica de las Organizaciones Sanitarias:

### 1.1. Estructura: Lugar donde se produce el servicio sanitario.

- Características del diseño organizativo, acreditación de la organización.
- Recursos de organización administrativa y del personal, Recursos financieros y fiscales, Recursos de estructura física de instalaciones y equipos, así como los factores geográficos.

### 1.2. Proceso: Características del manejo de la salud y enfermedad.

- Accesibilidad de la población, características epidemiológicas, de salud, demográficas y sociales.
- Desempeño del proveedor, volumen de actividad, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, certificación de los profesionales.
- Continuidad en el cuidado, circuitos de pacientes, criterios de derivación y datos de seguimiento del paciente, coordinación de los servicios.

- Ética asistencial y Responsabilidad de los profesionales.

### 1.3. Resultados técnicos de los cuidados.

- Secuencias temporales de las Tasas de mortalidad (general, por enfermedades y subgrupos: materna e infantil), morbilidad, incapacidades (física, funcional y social) y complicaciones. Índices compuestos de enfermedad y salud.
- Ocurrencias de mortalidades, morbilidades, incapacidades y complicaciones evitables y previsibles.
- Restauración de incapacidades y complicaciones.
- Utilización de servicios.
- Eficacia y efectividad de la gestión clínica

## 2. Evaluación de la Efectividad Psicosocial:

### 2.1. Satisfacción de los usuarios:

- Respecto a la accesibilidad, disponibilidad de los servicios en tiempo y lugar, facilidad en la obtención de los servicios, entendimiento del funcionamiento sistema sanitario.
- Respecto a la calidad de la atención recibida, eficiencia técnica y competencia de los profesionales, resultado final del proceso.
- Respecto al proceso de atención y relaciones interpersonales, disposición de un médico responsable de su proceso, interés y preocupación de los profesionales, confianza en los profesionales, entendimiento de los procesos diagnóstico y terapéutico.
- Respecto al sistema sanitario, Ambiente físico, flujo de pacientes y familiares, y beneficios y naturaleza de los servicios utilizados, reclamaciones y quejas, lista de espera, cumplimiento de las agendas programadas.

### 2.2 Satisfacción de los proveedores:

- Respecto a la agenda, contenidos y rotación en su trabajo personal, así como a control y evaluación.
- Respecto a su participación en el plan de necesidades.
- Respecto a la supervisión y dirección.
- Respecto a la interrelación con los pacientes y familiares, y con los otros profesionales.
- Respecto al prestigio profesional, oportunidades de promoción y mejora, remuneración profesional, condiciones de trabajo y ambiente laboral, absentismo, permisos.

## 3. Evaluación de la Eficiencia de los recursos y servicios:

- Respecto a la función de producción, relación entre insumos (recursos, tipo de pacientes) y productos (resultados de la asistencia, agrupadores de pacientes).
- Respecto a la función de costes, relación entre costes (monetarios y no monetarios, tangibles e intangibles) y productos.
- Respecto a la productividad, actividad asistencial, carga diaria de trabajo, procedimientos programados y agendas de los profesionales.
- Eficiencia de la gestión económica y financiera.

En 1975 se introdujo el concepto de mejora de la calidad y las auditorias de calidad, En la década de los años ochenta hay notables aportaciones al conocimiento del estudio de la calidad en las organizaciones sanitarias Donabedian (Science 1980) introduce una metodología para la evaluación en la que sostiene que únicamente han de medirse los procesos que repercutan en los resultados y los resultados que estén influidos por los procesos. Juran define la ya famosa trilogía Planificación - Medida - Mejora de la calidad. Deming define prevención y análisis de procesos (variables) y liderazgo en temas de calidad. Corsby define los costes de la no calidad y la repercusión de la formación con el aforismo *Hazlo bien a la primera*. En esta década también se desarrollan importantes herramientas de calidad en sanidad como es el desarrollo de criterios e indicadores para monitorizar la calidad y el desarrollo en términos descriptivos de la Buena Práctica Clínica, lo que permite la adopción de medidas correctoras y de seguimiento. Las agendas de evaluación introducen requisitos de cumplimiento en términos de la calidad de los resultados por indicadores clínicos y organizativos.

En 1987 se puso en marcha el programa de acreditación docente para la formación de médicos Internos Residentes, que consiste en una auditoría de revisión de historias clínicas, encuesta de satisfacción a los MIR y visita a distintos servicios como son la dirección, unidad de calidad, biblioteca, admisión, archivos y documentación, laboratorios, farmacia, diagnóstico por imagen, hospitalización, urgencias, cirugía y anestesia. En los que se evalúan criterios de estructura física, dotación de personal y equipamiento, actividades científicas y de investigación, docencia y formación continuada y actividades asistenciales.

Es evidente que la elevada complejidad sistema sanitario dificulta la elección de las propiedades que mejor definan



la naturaleza del término calidad, no solo para los estudios descriptivos, la dificultad se incrementa en los estudios comparativos ya que deben de realizarse sobre propiedades comunes. En los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCED) definen que los Sistemas Sanitarios han de respetar las siguientes propiedades (Barr, 1990):

- Garantía de una asistencia sanitaria mínima, con Servicios elegidos de acuerdo a las necesidades de la población (adecuación), y accesibles para todos los ciudadanos (equidad geográfica) considerando que el pago de la protección sanitaria ha de estar relacionada a la capacidad económica de los individuos (equidad económica - protección de la renta).
- Asignación de recursos al sistema sanitario realizado en un entorno de maximización de los resultados sanitarios y satisfacción de los pacientes (eficacia microeconómica), junto a una minimización de costes, sobretodo de los costes de oportunidad. Respetando libertad de elección para los consumidores y autonomía apropiada para los proveedores de los servicios. Destinando para ello el porcentaje del PIB que se considere razonable (eficacia macroeconómica).
- Adecuación del sistema sanitario se refiere a una prestación de servicios con una calidad y cantidad suficientes para la población, lo que obliga a diseñar una política de prioridades que garantice los servicios necesarios y la equidad en el acceso. La adecuación del sistema sanitario se realiza considerando: Los factores demográficos causados por la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida. La naturaleza de la morbilidad por el aumento de enfermedades crónicas y multiformes. Progresos de la medicina y las nuevas tecnologías. Mayores expectativas por el aumento del nivel de vida de la población.

En la década de los noventa los estudios de la calidad en sanidad se centran en temas como: Eficiencia y coste de la no calidad. Ética. Medida de las expectativas. Evaluación de la calidad por funciones. Gestión de calidad con el paciente como elemento central de la organización. Sistemas de información: codificación y agrupadores de pacientes. Polémica del proceso - resultado. Funciones de la administración. Demanda social en la publicación de los resultados. En esta década aparecen los Departamentos de opinión, de gestión de riesgos (risk management) y utilización de recursos y facturación liga-

da a la calidad. La evaluación de la calidad se realiza en los servicios y unidades clínicas, las comisiones de garantía de calidad, la práctica profesional y la realización de protocolos.

El manual de acreditación del Consejo Canadiense de Acreditación de establecimientos de salud (1992) evalúa los objetivos, organización y dirección; política y procesos; recursos humanos y materiales; orientación y formación continuada; prestación de cuidados; evaluación de calidad.

La evaluación se realiza por servicios y unidades de los criterios de:

- Estructura. Seguridad. Recursos. Competencia del staff.
- Proceso: Calidad del servicio (Accesible. Continuidad. Coordinación). Cuidado: (Adecuado. Apropiado. Eficiente. Aspecto Ético). Participación del consumidor.
- Resultados: Expectativas. Riesgo mínimo. Satisfacción del paciente y familia.

Cada criterio incluye diversos estándares. Cada uno de ellos con cuatro niveles de cumplimentación.

El Manual de acreditación de la Joint Commission de 1996 evaluaba 500 estándares, agrupados en 45 funciones con la siguiente distribución:

*1. Funciones centradas en el Paciente:*

Ética de la organización. Derechos del paciente. Evaluación de pacientes. Asistencia a los pacientes. Gestión de Riesgos. Educación sanitaria a pacientes y familiares. Continuidad en la asistencia.

*2. Funciones centradas en los Recursos Humanos:*

Dirección y Liderazgo. Gestión de Recursos humanos.

*3. Funciones centradas en la Organización:*

Mejorar la Actuación de la Organización. Procesos y Resultados Asistenciales. Gestión del Entorno de la Asistencia. Gestión de la Información. Memoria de las Instituciones. Gestión de Recursos Tecnológicos. Vigilancia, Prevención y Control de Planes Especiales. Vigilancia, Prevención y Control de la Infección.

*4. Funciones centradas en la Información:*

Gestión de la Información. Gestión del Producto Sanitario. Memorias de las Instituciones.

##### 5. Estructuras con funciones:

Dirección y Órganos de Participación. Jefes de Equipos de Asistencia. Cuadro Médico. Enfermería.

El proyecto Orión (1999), es una iniciativa que se está llevando a cabo por la Joint Commission en Pennsylvania con el fin de comprobar distintos estándares de acreditación que ayudan a mejorar la actuación de los esfuerzos de la organización sanitaria.

Estos atributos son los aceptados por la comunidad científica como los elementos básicos que sirven de armazón para construir la *políticas de calidad* de cada organización en la que se definen los *modelos de calidad* que se tomarán de referencia y que se hacen operativos mediante los *planes de calidad*, son ejemplos de planes de calidad:

- Plan de evaluación, planificación y mejora de la calidad en utilización racional de los recursos, la utilización de los contratos de gestión como instrumentos que separan las funciones de financiación, compra y provisión y en los que se especifican las actividades para alcanzar los objetivos, estableciendo los riesgos e incentivos, favoreciendo la participación responsable de los profesionales en la gestión, presupuestos y gastos clínicos, estimulando la eficiencia.
- Plan de evaluación, planificación y mejora de la calidad en los procesos clínicos, la utilización de procedimientos operativos estándares en actividades y procesos claves y protocolos clínicos basados en la medicina guiada por la evidencia y normas de la buena práctica clínica con el objetivo de disminuir la variabilidad clínica.
- Plan de evaluación, planificación y mejora de la calidad en desempeño profesional, los programas de formación continuada que han de tener presentes los puntos de vista de los profesionales y de los usuarios, mejorando y desarrollando programas de certificación basados en las necesidades reales de formación en los profesionales, con formación específica en temas de calidad y la creación de una *masa crítica*.

La *evaluación, planificación y mejora* se realiza sobre los atributos que definen la calidad es lo que define el cuerpo de conocimiento de la calidad en sí misma como ciencia. La calidad queda definida por un modelo reconocido y asumido como referencia, en el que se explicitan los atributos que se consideran de aplicación en cada organización sanitaria y su evaluación consiste en evidenciar

si la organización cumple las propiedades definidas, por este motivo los atributos deben de estar expresados en términos de criterios, estándares e indicadores. Al estar los atributos de la calidad completamente identificados en los modelos de calidad, los niveles de calidad quedan definidos en estos, de forma que su cumplimiento es lo que establece que una organización sanitaria sea calificada como de excelencia, de calidad exigible o simplemente como que cumple los criterios mínimos establecidos por la ley para su apertura y funcionamiento.

Las **Herramientas utilizadas para la medida y evaluación de la calidad**, es preciso que las herramientas y procedimientos sean válidos, específicos, fiables y que permitan verificar el cumplimiento de los objetivos de evaluación, entre las destacan:

El CONTROL ESTADÍSTICO DE LA CALIDAD fue dado a conocer por Walter Shewart y sobretodo su discípulo W. Edwards Deming que consideraron que la estadística era una importante herramienta para la mejora de la calidad, si bien en el entorno sanitario ya en el siglo XVII Sir William Petty, profesor de anatomía de Oxford, señaló la necesidad de medir los resultados de las actuaciones sanitarias, iniciando de esta forma la investigación en los servicios sanitarios, desde entonces han sido muchas las aportaciones realizadas en este campo como son las de Florence Nightingale que define el primer modelo de estadística hospitalaria y William Farr que uniformó la clasificación de las enfermedades y propuso los elementos para una estadística vital. Este punto de vista estadístico de la calidad está sobretodo enfocado hacia el producto.

Los PREMIOS A LA CALIDAD son un mecanismo de reconocimiento para impulsar la competitividad global, destacan entre otros el Premio Deming (Japón, 1951), el Premio Malcom Baldrige (USA, 1980), Premio Europeo a la Calidad (Europa Occidental) y el Premio Príncipe Felipe (España, 1993). En la tabla II se señalan los criterios de evaluación de cada uno de estos Premios.

EVALUACIÓN EXTERNA: ACREDITACIÓN EN SANIDAD, según el diccionario de la Real Academia de la lengua, acreditar es hacer digna de crédito alguna cosa, probar su certeza o realidad. Afamar, dar crédito o reputación. Dar seguridad de que alguna persona o cosa es lo que representa o parece. Dar testimonio en documento fehaciente de que una persona lleva facultades para desempeñar comisión o encargo diplomático, comercial, etc. La Joint Commission (Comisión Conjunta de Acreditación de Organismos para el Cuidado de la Salud

Tabla II. Premios a la calidad

| Premio Deming  | Premio Malcom Baldrige  | Premio Europeo a la Calidad   | Premio Príncipe Felipe   |
|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Política empresarial.</li> <li>• Organización / gestión.</li> <li>• Educación / Difusión.</li> <li>• Acopio, difusión y uso de información.</li> <li>• Control.</li> <li>• Aseguramiento de Calidad.</li> <li>• Resultados.</li> <li>• Planificación del futuro.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderazgo.</li> <li>• Información y Análisis.</li> <li>• Planificación y Estrategia de Calidad.</li> <li>• Desarrollo y Gestión de los Recursos Humanos.</li> <li>• Gestión de la Calidad del Proceso.</li> <li>• Resultados de la Calidad Operativos.</li> <li>• Objetivos y Satisfacción del Cliente.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción del cliente.</li> <li>• Satisfacción del personal.</li> <li>• Impacto Social.</li> <li>• Liderazgo.</li> <li>• Gestión de personal.</li> <li>• Política.</li> <li>• Estrategia.</li> <li>• Recursos para obtener los resultados económicos.</li> <li>• Procesos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas EN 29004 (ISO 9004)</li> </ul> |

de Estados Unidos), define Acreditación como el proceso voluntario cuyo fin último es la mejora en la calidad del cuidado proporcionado al público en materia de salud.

El proceso de acreditación o verificación externa tiene el objetivo final la mejora de la calidad y una finalidad incentivadora que produce prestigio a la institución que la obtiene, consiste en un conjunto de actividades encaminadas a evaluar los logros conseguidos por las organizaciones sanitarias, verificando el grado de cumplimiento de estándares definidos como óptimos alcanzables y tomados como de referencia que actúan a modo de instrumentos externos de mejora de calidad. En el proceso de acreditación se ha de diferenciar dos organismos: El organismo acreditador, que corresponde a los Consejeros de Sanidad de las Comunidades Autónomas y/o al Ministro de Sanidad. Y el organismo de evaluación externa que corresponden a instituciones con reconocida credibilidad social, imparciales y capaces de conseguir el consenso de los agentes implicados en la acreditación y que entre otras realizan las siguientes actividades:

- Definir las Normas y el Proceso de Evaluación Externa, que incluye:
  - El Equipo de Evaluadores, con un jefe de equipo.
  - El Procedimiento de Evaluación Externa.
  - El Procedimiento de Emisión de un Informe Preliminar.
  - El Procedimiento de Emisión del Informe Final.
- Captar a los Clientes, definiendo incentivos para la solicitud de Evaluación.
- Evaluar los Sistemas de Evaluación Externa, a la vez ha de existir un sistema de evaluación del evaluador, es decir de acreditar a los organismos evaluadores.

- Elaborar los Criterios y Estándares de Evaluación externa, considerando las normativas establecidas.

**Método PEP: Performance Evaluación Procedure**, desarrollado por la Joint Commission que consiste en un procedimiento de evaluación voluntaria, de diseño retrospectivo y realizado por un equipo de evaluadores externos a la organización que objetivan criterios y estándares previamente conocidos, utilizando las siguientes fuentes de evidencia: (1) Documentos referidos a la organización o los servicios y Revisiones de historias clínicas, (2) Entrevistas con directivos, personal, pacientes y familiares y (3) Visitas a las unidades de pacientes. Fases del procedimiento:

#### Fase Previa a la Evaluación:

- **Fase 1:** Solicitud por parte del organismo. Se determinan los estándares aplicables. Preparación de documentación.
- **Fase 2:** Duración de la Evaluación y Equipo Evaluador.
- **Fase 3:** Elaboración de la Agenda diaria de evaluación.

#### Fase de Evaluación in situ:

- **Fase 4:** Entrevista de información pública, puede participar cualquier individuo que lo desee y debe de ser anunciada cuatro semanas antes de la visita.
- **Fase 5:** Proceso de Evaluación. El equipo de evaluadores califica el cumplimiento de los estándares. la evaluación se realiza con entrevistas a los pacientes y al personal, observaciones y revisión de documentos. Los evaluadores proporcionan asesoría y educación durante la evaluación. Entrevista con la dirección del centro para informarle sobre las observaciones

realizadas y del informe preliminar. Envío del informe a la oficina central.

Fase de Decisión e Informe:

- **Fase 6:** Análisis del informe preliminar en la oficina central, revisión de los resultados y aplicación de las reglas de acreditación de la Comisión
- **Fase 7:** los organismos que cumplen los requisitos de acreditación previamente establecidos reciben el informe favorable de acreditación.

Fases del proceso de evaluación externa (Fase 5):

*A. Programa de actividades.*

*B. Fase Inicial: Conferencia de apertura y Presentación de la organización sobre el programa de actividades*

*C. Fase de Evaluación:*

- **C.1.** Examen de la documentación que orientan a los evaluadores sobre como se realizan las actividades y funciones importantes.
- **C.2.** Entrevista con los directivos de la organización (planificación, diseño y mejora de los servicios, planificación estratégica, asignación de recursos).
- **C.3.** Visita a Unidades de Atención al Paciente. Entrevista con los Jefes de las unidades. Recorrido por la Unidad (evaluación del entorno, control de infecciones, atención a los pacientes, comunicación con el personal, respeto a los derechos de los pacientes). Revisión de Historias clínicas. Conversación con los pacientes.
- **C.4.** Entrevista sobre Funciones. Reunión de un grupo multidisciplinario de miembros de la organización. Presentación del evaluador al grupo reunido para la entrevista, descripción del propósito de la entrevista. Presentación del grupo indicando su papel en el desarrollo de la función. Se trata la forma en que la función se planifica, diseña, desarrolla, se mide y evalúa, así como las medidas de mejora. Comentario final.
- **C.5.** Entrevistas sobre aspectos específicos, destinadas a personal con actividades concretas relacionadas con los estándares (servicios de admisión, farmacia, visita al edificio, mantenimiento, comité de historias clínicas).

- **C.6.** Sesión de retroalimentación. Los observadores comunican sus observaciones diarias en un almuerzo con el personal médico. Los observadores observan las prácticas reales de la organización a fin de evaluar su cumplimiento con estándares tales como los derechos del paciente y prevención de infecciones.

*D. Fase de Comunicación.* Informe preliminar. Preparación y presentación al director del organismo. Conferencias con la dirección y el personal médico. Entrevistas abiertas con la comunidad. Reunión del Grupo de Evaluadores.

*E. Fase de Cierre.* Reunión del grupo para integrar resultados de la evaluación. Documentación y Calificaciones. Redacción de la documentación que justifica la calificación, determinación de la calificación y consenso del grupo. Reunión final con el grupo directivo. Fase final de los evaluadores.

*F. Monitorización interevaluación,* Son evaluaciones centradas en un tema, informes escritos acerca de los progresos alcanzados, planes de corrección o evaluaciones realizadas al azar.

**Elaboración del manual de evaluación externa:** La construcción de criterios y estándares sigue una secuencia que comienza con (1) detectar y definir la necesidad de definir un nuevo criterio, lo que origina la (2) Propuesta inicial con la justificación, definición, interpretación y desarrollo del criterio enmarcándolo en los ya existentes, (3) revisión y protocolización de un estudio piloto que demuestre la viabilidad y utilidad del criterio, (4) propuesta formal del nuevo criterio a un comité de expertos y (5) aplicación, en su caso e inclusión en el proceso de evaluación externa.

Los Criterios (traducción del término inglés Standard), son una característica medible y observable que identifica a un modelo, un aspecto de la actividad, servicio o programa, permitiendo la evaluación de su cumplimiento. Los criterios han de ser objetivos (claros y precisos), fiables (reproductividad de la medida), sensible (capaces de detectar deficiencias), válidos (que midan lo que pretenden medir) y específicos (que midan datos relacionados con el problema) y pueden ser clasificados en normativos (realizados por expertos) o empíricos (proceden de la práctica habitual); implícitos o explícitos (definidos previamente).

Los Estándar (traducción del término inglés Thresold) son el punto de referencia que convierte operativo al criterio,

permitiendo la cuantificación. Los estándares tienen las siguientes características: Tienen un carácter de máximos alcanzables u óptimos. Se centran en elementos esenciales para prestar una asistencia sanitaria de calidad. Tienen un reconocimiento a nivel nacional, están basados en un consenso. Se centran en los organismos no en la práctica individual de los médicos. Se enfocan en estructuras y procesos que se relacionan con los resultados del paciente con el fin de mejorar el cuidado. Tienen una revisión anual. Los estándares brindan una visión del sistema, no imponen una determinada estructura a la organización, hacen hincapié en el paciente, fomenta el trabajo en grupos interdisciplinarios.

El término de Acreditación ha de diferenciarse otros similares como son:

**Auditoría** o inspección y examen de un sistema de Calidad para garantizar que se satisfagan los requisitos. La Auditoría puede aplicarse a toda la organización o ser especial para una función o un paso de la producción (JM Juran).

**Autorización** o resolución administrativa que, según requerimientos de la seguridad y calidad, faculta a un centro, establecimiento o servicio sanitario para realizar determinadas actividades. Está sometida a renovación periódica.

**Certificación** o procedimiento y actuación de un adecuado y reconocido organismo, el cual determina, verifica y atestigua por escrito la cualificación de personal, procesos, procedimientos o productos en concordancia con los requisitos aplicables (Normas ANSI/ASQC Standard A3, Quality System Terminology). Actividad consistente en la emisión de documentos que atestigüen que un producto o servicio se ajusta a normas técnicas determinadas (RD/1614/85). Asegurar, afirmar, dar por cierta alguna cosa.

**Control** o bucle de retroinformación a través del cual medimos el rendimiento real, lo comparamos con la norma y actuamos sobre desviaciones (Juran JM y Gryna M. Manual de Control de Calidad). El Control de calidad añade al servicio el valor de una mayor seguridad en el cumplimiento de las especificaciones.

**Homologación** o aprobación final de un producto, proceso o servicio, realizada por un organismo que tiene esta facultad por disposición reglamentaria (RD /1614/85). Confirmar ciertos actos o convenios, para hacerlos más

firmes y darles validez oficial (Diccionario de la Real Academia).

Inspección o proceso de medir, examinar o comprobar un producto o servicio con respecto a algún requisito, con miras a determinar la falta de conformidad con los requisitos antes de que el producto llegue al cliente.

**Monitorización** o utilización de estándares e Indicadores para vigilar sistemáticamente los aspectos de la asistencia.

**Normalización** o regularización o puesta en buen orden de aquello que no lo estaba (RD/1614/85). Toda actividad que aporta soluciones para aplicaciones repetitivas que se desarrollan, fundamentalmente en el ámbito de la ciencia, tecnología y economía, con el fin de conseguir una ordenación óptima en un determinado contexto.

EVALUACIÓN INTERNA: MODELO EUROPEO EFQM, en 1988 se fundó la European Foundation Quality Management (EFQM) que describió el Modelo Europeo de evaluación de la calidad (Tabla III), cuyo objetivo es evaluar y mejorar la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes externos respecto a los servicios ofertados por la organización, la satisfacción de las necesidades y expectativas del personal en un entorno de calidad total, el impacto social o percepción que la sociedad tiene de la organización y los logros económicos de la organización, incluyendo medidas no financieras. La evaluación se realiza utilizando las Normas ISO que son un conjunto de normas internacionales definidas por la International Organization for Standardization, que describen un conjunto básico de elementos con los que puede desarrollarse e implementarse un sistema de Gestión de calidad (Norma ISO 9004-90, 1). Similares a las normas ISO se definen las Normas EN o Normas Europeas, definidas por el European Committee for Standardization. En España se definen las Normas UNE o Norma Española (Una Norma Española), estas últimas son las otorgadas o asumidas por AENOR (Asociación Española de Normalización y Certificación). Las tres tienen una equivalencia por ejemplo la Norma ISO 9000 equivale a la Norma EN 29000 y la norma UNE 66900. Las normas ISO tienen como objetivo implantar los Sistemas de Calidad o conjunto de estructuras de organización, de responsabilidades, de procedimientos, de procesos y de recursos que se establecen para llevar a cabo la Gestión de Calidad (Normas ISO 8402-86, UNE 66001-92), la organización de servicios deberá desarrollar, establecer, documentar, implantar y mantener

un sistema de calidad mediante el cual se puedan cumplir las políticas y objetivos de calidad fijados para el servicio (Normas ISO 9004-2).

**Tabla III. Modelo de la EFQM**

*Los números corresponden al peso de cada área en le evaluación final.*

| AGENTES (50%) |                             | RESULTADOS (50%) |                                |            |
|---------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------|------------|
| DIRECCIÓN     | Gestión de personal (9%)    | PROCESOS         | Satisfacción del usuario (20%) | RESULTADOS |
| (10%)         | Política y Estrategias (8%) | (14%)            | Satisfacción del personal (9%) | (15%)      |
| DIRECCIÓN     | Recursos (9%)               | PROCESOS         | Impacto en la sociedad (6%)    | RESULTADOS |

Las UNIDADES DE CALIDAD, son estructuras creadas por los propios profesionales de la organización sanitaria cuyas actividades quedan enmarcadas en el contexto de evaluación, planificación y mejora de la calidad, con las siguientes áreas de actuación:

- Diseño y desarrollo del plan de calidad, en el que se incluye la propia Unidad de calidad.
- Diseño y desarrollo de Herramientas de evaluación, planificación y control de la calidad. Protocolos clínicos, detección y priorización de problemas (diagramas causas- efecto, círculos de calidad, grupos ad-hoc etc.)
- Diseño y desarrollo de formación es calidad.
- Seguimiento de los indicadores de calidad de la organización.
- Seguimiento del contrato de gestión de la organización.
- Coordinación de las actividades de las Comisiones de calidad: Investigación, Docencia, Residentes, Comité Ético de Investigación Clínica, Ética asistencial, Farmacia, etc.
- Coordinación de las actividades de los Grupos de trabajo y grupos de mejora.

**Planes de calidad**, es una herramienta de calidad cuyo objetivo es evaluar, planificar y mejorar la calidad, permi-

tiendo la prevención de situaciones no deseadas, debe de ser implantado por la dirección y desarrollado por la totalidad de la organización. El plan de calidad ha de tener definidos la priorización de los problemas de calidad de la organización, los sistemas de evaluación y divulgación de los resultados. Los planes de calidad por lo general se desarrollan centrándose en la calidad científico – técnica de la asistencia sanitaria, gestión de riesgos, utilización de recursos, efectividad clínica y satisfacción de los usuarios. En los planes de calidad también se han de definir elementos operativos de la calidad.

Entre las herramientas utilizadas en la Unidades de calidad destacan los **Per review** o análisis por iguales consiste en un estudio de evaluación de aspectos asistenciales realizado por colegas. **Audits** o estudios de evaluación de procesos asistenciales utilizando como fuente de información la documentación clínica. **Estudios de utilidad o calidad de vida**, o percepción del beneficio del estado de salud en sus aspectos físico, psicológico, social y laboral después de la asistencia sanitaria, en estos estudios se utilizan encuestas de salud entre las que destacan: la escala Rosser, el NPH: Nottingham Health Profile, The Sickness Impact Profile, QALYs: Quality Adjusted Life Years, AVAC: Años de vida ajustados por la calidad, etc. **Estudios de desajuste entre satisfacción y expectativas** de pacientes, familiares y profesionales, en los que se relacionan los servicios planificados por la dirección (plan estratégico) – la política de mejora (calidad) – la prestación real del servicio (actividad asistencial)– la percepción del servicio (satisfacción) – los servicios esperados (expectativas). **Definición de Indicadores**, que proporcionan información sobre los

atributos de la calidad. **Estudios de costes**, reúnen evidencias sobre los costes y las consecuencias de las actividades, tipos de estudios: Estudios de minimización de costes, compara los costes de procedimientos con los mismos resultados clínicos, e unidades clínicas, Estudios coste-efectividad, compara los costes de distintos procedimientos con resultados diferentes y alternativos para una misma enfermedad, en unidades clínicas. Estudios de coste-utilidad, comparan los costes de procedimientos para distintas enfermedades por unidad de utilidad conseguida, en unidades de calidad. Estudios de coste-beneficio, comparan los costes de procedimientos para una misma enfermedad, en unidades monetarias.

La GESTIÓN POR PROCESOS, es el BPM: Business Process Mangement que consiste en orientar a la organización sanitaria hacia a los procesos centrados en los usuarios, entendiendo por proceso el conjunto de actividades (conjunto de tareas) que producen valor añadido para el usuario. La evaluación y mejora de la gestión por procesos se realiza en las siguientes áreas:

- Mejora de los atributos que definen la calidad.
- Mejora de los costes de los procesos.
- Mejora de la satisfacción de los usuarios y Medición de la satisfacción de los profesionales.

Las cuatro áreas quedan enmarcadas en la secuencia del proceso es (a) Identificar los procesos clave (estratégicos, fundamentales y de apoyo) – (b) Control de su funcionamiento, estableciendo diagramas de flujo e identificando a los responsables – (c) Gestión de mejoras de los procesos.

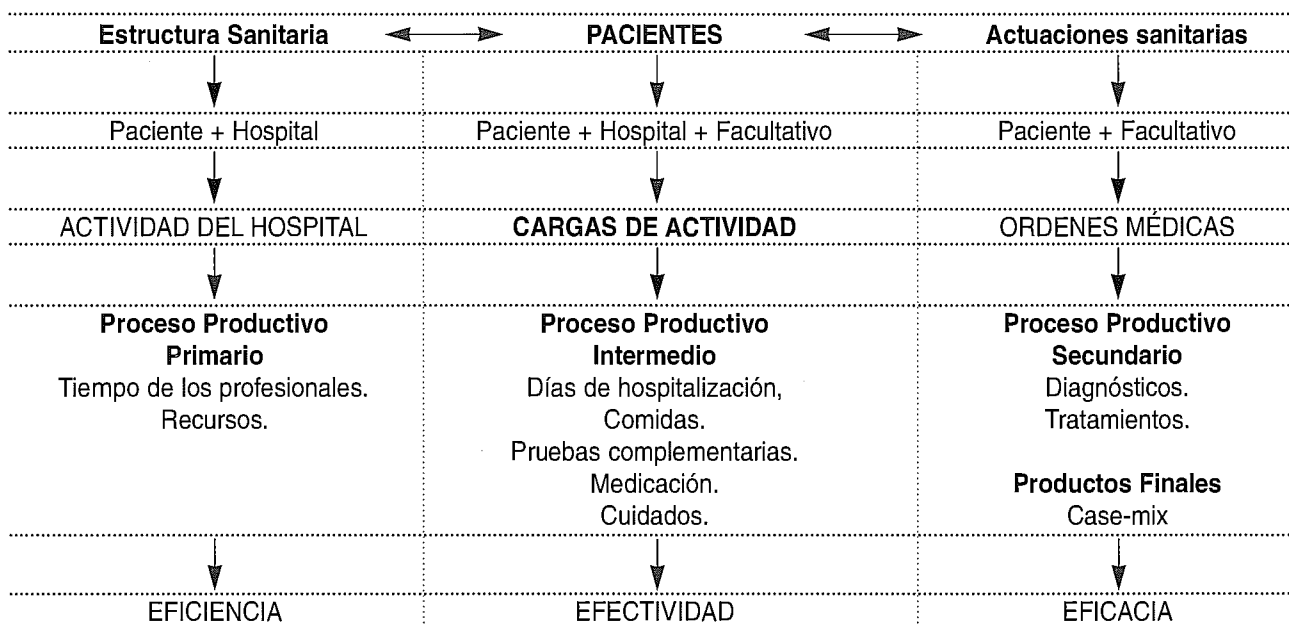
**Mejora de los atributos que definen la calidad**, las herramientas mas utilizadas en la gestión de procesos son los **Ciclos de mejora continua** o ciclo FOCUS-PDCA, orientados hacia la calidad total y cuya secuencia es Detectar un proceso susceptible de mejora – Organizar un equipo de trabajo – Clarificar la situación general – Entender el proceso con sus dimensiones – Seleccionar la oportunidad de mejora – Planificar tareas, actividades, responsable y calendario – Aplicar las medidas correctoras en un estudio piloto – Verificar y mejorar el diseño con los resultados del estudio piloto – Estandarizar y normalizar las medidas correctoras. **Métodos de mejora de procesos**, se pueden realizar utilizando tres herramientas: Mejora de procesos basada en el BPI: Business Process Improvement, se dirige hacia

procesos interdepartamentales y se fundamenta en la calidad total y ciclo de mejora continua. Reingeniería de procesos (BPR: Business Process re-engineering), parte de la necesidad que tiene toda organización sanitaria de una adaptación continua al entorno, diseñando nuevos procesos. Benchmarking, parte de la necesidad de mejorar la competitividad, buscando en el exterior aquellos procesos de mayor éxito.

Mejora de los atributos que definen la calidad y **definición de procesos en sanidad**. La gestión por procesos todavía no está implantada en el sistema sanitario cuya organización se basa en una gestión por funciones, es decir los centros sanitarios están organizados por servicios atendiendo a las especialidades médicas y no están organizados por líneas de procesos que corresponden a los diagnósticos de los pacientes (agrupadores de pacientes). La definición de los procesos en el sistema sanitario resulta más complicado que en otras áreas económicas debido a que el sistema sanitario están compuesto por organizaciones multiproducto con un bajo grado de homogeneidad, debido a la amplia cartera de servicios ofertada y a la deseable individualización en la asistencia sanitaria a los pacientes, lo que provoca un importante problema en la cuantificación de los servicios prestados, limitando la posibilidad de realizar una evaluación de las organizaciones en términos de resultados. Por lo que se hace necesaria la identificación del producto sanitario, para lo que es clásico clasificar a los procesos de producción en cuatro grupos (tabla IV):

1. Los recursos materiales y humanos del hospital, que corresponde al *input* hospitalario.
2. La interacción entre los pacientes y el Hospital, es decir la utilización y consumo de recursos y servicios hospitalarios por parte de los usuarios. A estas interacciones se las denomina *procesos productivos primarios* que originan los *Productos Intermedios o cargas de actividad* medibles, que pueden ser clasificados en sanitarios (Cuidados de enfermería, procedimientos quirúrgicos, exploraciones radiológicas, determinaciones analíticas, etc.) y no sanitarios (alimentación, limpieza, etc.)
3. La Gestión Asistencial por parte de los facultativos que surge de la interacción entre los tratamientos clínicos y el tipo de pacientes atendidos. A estas actuaciones de los facultativos se las denomina *procesos productivos secundarios* que originan los *Productos Finales*: Altas hospitalarias de las urgencias ingresa-

Tabla IV. Procesos de producción clínica



das, altas hospitalarias de pacientes programados, altas de las urgencias no ingresadas, altas en consultas de tipo ambulatorio, procedimientos resolutivos ambulatorios, etc.

4. La Eficiencia económica de la organización.

La estructura de producción de los centros sanitarios suponen el primer nivel y define los medios con los que cuenta la organización, que permiten ofertar la cartera de servicios. En el sistema sanitario son los pacientes los principales receptores de esta importante cantidad de recursos y capacidades, aunque son los facultativos los principales consumidores de estos recursos, relación que ha de ser considerada en el análisis de los recursos utilizados y los costes generados.

De forma tradicional la medición del producto hospitalario se ha realizado cuantificando *parámetros de actividad asistencial* como son: el número de ingresos, número de altas hospitalarias, número de estancias, número de consultas, número de urgencias, número de intervenciones quirúrgicas, etc. Éste tipo de análisis tiene un carácter muy parcial, como se aprecia en el supuesto de haberse realizado una exploración radiológica, esta pudiera no haber estado indicada o incluso el caso contrario en el que el paciente precisara de otra radiografía adicional. Por este motivo es preciso medir el producto hospitalario definiendo el llamado *producto final* que contemple el

conjunto de actuaciones realizadas sobre el paciente (radiografías, análisis, intervenciones, etc.) hasta recibir el alta hospitalaria y de ésta forma sea posible valorar el conjunto de actuaciones realizadas en función de las decisiones del médico responsable del paciente (gestor clínico). La definición del producto final hospitalario ha de llevar consigo beneficios inmediatos derivados de la integración del sistema de prestaciones sanitarias y sociales, para lo cual ha de permitir un análisis a nivel del establecimiento de la salud mediante indicadores que permitan realizar comparaciones homogéneas y poder evaluar rendimientos en función de los recursos utilizados. La contabilidad de gestión precisa de un sistema de clasificación de pacientes basado en el isoconsumo de recursos como es el caso de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), definidos según la Clasificación internacional de Enfermedades ICM-9-CM.

De acuerdo con la adaptación sectorial del Plan General de Contabilidad de Empresas de Asistencia Sanitaria (O.M. del 23 de diciembre de 1.996, BOE del 6 de enero de 1.997), las *actividades sanitarias* se clasifican en:

- **Actividades Hospitalarias:** Servicios de hospitalización prestados principalmente a pacientes internos con la supervisión de un facultativo. Incluyendo actividades clínicas y no clínicas (hostelería, limpieza, seguridad, mantenimiento, etc.)



- Actividades médicas: Comprende las consultas y tratamientos realizados por facultativos a pacientes por lo general externos.
- Actividades Odontológicas: de naturaleza general o especializada, incluye la cirugía ambulatoria.
- Otras actividades sanitarias: Comprende todas las actividades relacionadas con la salud humana no realizadas en hospitales o por médicos, incluyen servicios de ambulancias, exploraciones de análisis clínicos y de anatomía patológica, etc.

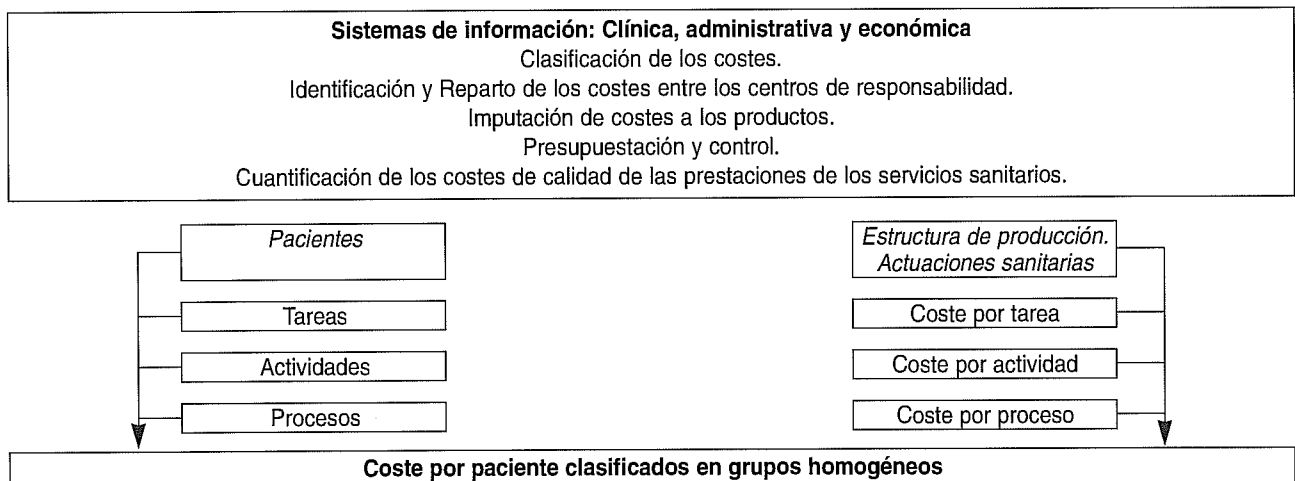
**Mejora de los costes de los procesos.** La medición de los parámetros de actividad económica y contable se realiza principalmente con la **contabilidad de gestión** (tabla V) cuyo principal objetivo es proporcionar sistemas de información para la toma de decisiones, teniendo en cuenta que los dos factores que intervienen en la actividad sanitaria son la actividad sanitaria en función de la actuación médica y la asignación de recursos, por lo tanto servirá de herramienta para conocer y evaluar la eficiencia, referida a la relación que existe entre los bienes o servicios producidos (*outputs*) y los factores productivos utilizados (*inputs*) para obtenerlos. Implica conseguir los objetivos con el mas bajo consumo de recursos.

La contabilidad de gestión permite evaluar las nuevas tecnologías y la gestión global de cada centro de actividad, al conocer los costes de las actividades consumidas por cada paciente lo que permite establecer las tarifas, presupuestos y previsiones, permite el análisis de des-

viaciones y la planificación de los centros sanitarios en cuanto a la eficiencia y platearse prestar los servicios por medios propios o subcontratados, así mismo facilita la dirección por objetivos y ayuda a modificar la cultura de la organización y mejorar los sistemas de dirección. La contabilidad de gestión al identificar cada centro de actividad facilita formular objetivos explícitos, la organización de personal y recursos para la organización del trabajo medido en términos de ingresos, coste o beneficios de cada unidad, evaluando la medición de la actuación de las unidades y las personas a partir de un cálculo de desviaciones y asignando incentivos ligados a la evaluación de actuaciones mejorando el funcionamiento interno y la posición competitiva.

Otras herramientas de medición de los costes de los procesos son el análisis ABC: **Activity Based Cousting**, mide las actividades en términos de coste y valor añadido para el usuario, establece una relación entre los costes y las causas que los producen, siendo sobretodo útil para la evaluación de actividades repetitivas, contribuyendo a incrementar el valor añadido de estas, es una técnica muy utilizada para la imputación de costes indirectos a los productos. Análisis de costes basado en el **margen de contribución**, consiste en determinar los costes directos calculados con la diferencia entre ingresos y coste variables, el precio final del producto resultaría de añadir a estos costes el porcentaje de costes fijos (indirectos) que se imputen al producto, si bien en el precio total del producto hay que añadir otras variables como pudiera ser los costes de investigación y desarrollo y los costes de promoción.

**Tabla V. Contabilidad de Gestión de las organizaciones sanitarias**



### Mejora de la satisfacción de usuarios y profesionales.

Se han de conocer las expectativas y las áreas de insatisfacción, para ello se emplean distintas herramientas de evaluación como es el **Customer feedback system** que consiste en realizar una encuesta periódica con el objetivo de conocer el nivel de satisfacción percibido respecto a todos y cada uno de los atributos de calidad de la organización. Existen distintas fuentes de información para conocer el nivel de satisfacción como son las sugerencias, quejas y reclamaciones. La información procedente de este tipo de encuestas debe de ser tenida en cuenta para el proceso de mejora de la calidad en la organización.

### Estudio empírico sobre la percepción y el conocimiento que sobre calidad tienen los profesionales de la sanidad en Castilla y León

Con el objetivo de realizar un estudio empírico sobre la percepción y nivel de conocimiento que sobre la calidad tienen los profesionales de la sanidad en Castilla y León se ha realizado una encuesta, en la que se ha considerado como premisa que la calidad en una organización depende de estudios sistemáticos de medición, evaluación y planificación de la calidad, que ha de estar orientada hacia las necesidades de los usuarios y en un proceso de mejora continua en el marco de un *feedback* entre la organización y la percepción que los usuarios tienen de la provisión los de servicios. Las normas ISO consideran la gestión de la calidad proporciona los siguientes beneficios para la organización: Mejora en la provisión de servicios, satisfacción de los usuarios, productividad, eficiencia, reducción de costes, relaciones interpersonales, importancia de la percepción que el usuario tiene de la imagen, cultura y actuaciones de la organización, habilidades y destrezas del personal, motiva al personal para mejorar la calidad y alcanzar las expectativas de los usuarios (Normas ISO 9000 - 9004-2). Estos son atributos enumerados son los que definen la calidad en presente, realizado con los resultados procedentes del análisis de 100 encuestas de otros tantos profesionales del sistema sanitario de Castilla y León, con edades comprendidas entre 21 y 60 años.

Lo primero que se quiso conocer fue si el "compromiso personal con la calidad", presentaba la misma distribución en toda la muestra, para ello se realizó un **tets X<sup>2</sup>** de homogeneidad de distribución. En el cuestionario se solicitaba que los profesionales que expresaran el grado de grado de desacuerdo - acuerdo que tenían con la siguiente afirmación (variable) *la calidad en sanidad supone un*

*compromiso personal y de cada uno de los profesionales del sistema sanitario*, para las respuestas se utilizó una escala de cinco niveles: (1) Total desacuerdo, (2) bastante desacuerdo, (3) indiferente, (4) bastante de acuerdo y (5) total acuerdo. Bajo la hipótesis de que la edad pudiera ser un factor discriminante se hicieron dos muestras independientes con el punto de corte a los 35 años, la muestra A de menores de 35 años y la muestra B de mayores de 35 años (la hipótesis nula es que la variable tiene la misma distribución en las dos muestras). Se compararon los valores observados y los esperados bajo la hipótesis de homogeneidad de distribuciones, el valor de **X<sup>2</sup>** esperado fue de 4,0 en la muestra A y 5,2 en la muestra B, sumando ambas, la global fue de 9.2 (valor inferior a 9.5, para cuatro grados de libertad y una significación del 5%), por lo que se rechaza que las distribuciones de ambas muestras sean iguales, lo que significa que ambas muestras tienen opiniones diferentes, expresando la opinión de mayor compromiso los menores de 35 años.

Con el objetivo de conocer la distribución de cada uno de los atributos de calidad (variables) en cada una de las dos muestras independientes (A y B), los profesionales puntuaron de 1 a 5 el grado de desacuerdo – acuerdo en el que consideran que cada uno de los atributos define la calidad en sanidad, la hipótesis nula considera cada variable tiene la misma distribución en cada muestra. Se realizó el tests U de Wilcoxon-Mann-Whitney para muestras independientes de desigual tamaño, realizando los siguientes cálculos para cada atributo: (a) se unan ambas muestras y se ordenan los atributos de más desacuerdo a más acuerdo, (b) se calculan los rangos así ordenados, promediando las posiciones de orden en los casos de coincidencias, (c) se vuelven a separar las muestras con los rangos correspondientes a cada atributo y se suman los rangos de cada muestra, (d) se calcula el valor más bajo de U y se compara con el valor teórico de las tablas U para una significación a del 5%, (e) si el valor U calculado es menor que el valor U teórico se rechaza la hipótesis nula, concluyéndose que las posiciones centrales de la distribución de cada uno de los atributos es distinta en cada una de las muestras. En el presente estudio los atributos de Relaciones interpersonales y la Motivación al personal para mejorar la calidad y alcanzar las expectativas de los usuarios tienen mayor promedio de puntuación en la muestra A y los atributos de Productividad. Reducción de costes tienen mayor promedio de puntuación en la muestra B.

Con el objetivo de conocer que atributos son los más tenidos en cuenta en la actividad profesional, se solicita a

cada profesional que realice una autoevaluación, señalando el grado de compromiso adquirido en su actividad profesional cotidiana para cada uno de los atributos el grado, utilizando una escala de 0 a 5 que corresponde a (0) no tiene ningún interés, (1) no lo tiene en cuenta, (2) lo tiene en cuenta de forma esporádica, (3) cuando se le demanda, (4) frecuentemente, (5) siempre. La hipótesis nula considera cada variable tiene la misma distribución en cada muestra. Se realizó el tests U de Wilcoxon-Mann-Whitney se obtuvo que la muestra A tiene más en cuenta en su trabajo cotidiano las Habilidades y destrezas personales y la muestra B la Productividad.

Con el objetivo de conocer la opinión de los profesionales respecto al nivel de la organización del sistema sanitario que prioritariamente debe de responsabilizarse de cada uno de los atributos señalados, realizando una elección entre las alternativas de (i) alta dirección, (ii) dirección de centros, (iii) jefaturas y mandos intermedios, (iv) profesionales sanitarios, (v) todo el personal. Se ha realizado un tests de independencia de atributos (X<sup>2</sup>) no se han observado diferencias significativas entre las dos muestras, por lo que ambas se han analizado en conjunto (Tabla VI), apreciándose como los profesionales consideran que la reducción de costes es responsabilidad prioritaria de la alta dirección, la dirección de los centros son prioritariamente responsables de la satisfacción de los usuarios, la imagen del centro y la eficacia, siendo los profesionales sobretodo responsables de la provisión de los servicios.

Con el objetivo de conocer la opinión de los profesionales respecto al peso que deberían de tener los criterios de evaluación de la calidad en el modelo EFQM. Se ha realizado un tests de independencia de atributos (X<sup>2</sup>) no se han observado diferencias significativas entre las dos muestras, por lo que ambas se han analizado en conjunto (Tabla VII), al comparar los pesos señalados por los profesionales con los pesos del modelo EFQM, se aprecia como los profesionales de la sanidad valoran con un mayor peso los resultados, la satisfacción del personal y los recursos.

Los resultados del estudio presentado muestran que los profesionales de la sanidad definen el término calidad haciendo referencia casi siempre a unos atributos concreto como son: Diagnósticos correctos, terapéuticas óptimas, costes mínimos, satisfacción plena, eficacia del Sistema Sanitario, bajos riesgos, etc. y en términos de actividades profesionales, habitualmente genéricas y orientadas hacia los pacientes. Los profesionales manifiestan que soporta una sobrecarga de trabajo y les falta de tiempo para el trato con el paciente. Consideran que como medidas de mejora de la calidad en sanidad se debe de potenciar la carrera y promoción profesional y la formación continuada.

En la muestra estudiada de profesionales del sistema sanitario de Castilla y León, los menores de 35 años manifiestan un mayor compromiso personal con la calidad y señalan los atributos de "relaciones interpersona-

Tabla VI. Nivel prioritario de responsabilidades en el organigrama del sistema sanitario

| Atributos que definen la calidad  | i | ii | iii | iv | v |
|---|---|----|-----|----|---|
| Provisión de servicios.   |   |    |     | x  |   |
| Satisfacción de los usuarios.   |   | x  |     |    |   |
| Productividad.  |   |    | x   |    |   |
| Eficiencia.   |   | x  |     |    |   |
| Reducción de costes.  | x |    |     |    |   |
| Relaciones interpersonales.   |   |    |     |    | x |
| Importancia de la percepción que el usuario tiene de la imagen, cultura y actuaciones de la organización. |   | x  |     |    |   |
| Habilidades y destrezas del personal.   |   |    |     | x  |   |
| Motiva al personal para mejorar la calidad y alcanzar las expectativas de los usuarios.                   |   |    | x   |    |   |

**Tabla VII. Modelo de la EFQM**

Los porcentajes en negrita corresponden al peso que los profesionales han otorgado a cada área en la evaluación final.

| AGENTES (50%) |   |                    | RESULTADOS (50%)                            |                    |
|---------------|---|--------------------|---|--------------------|
| DIRECCIÓN     | Gestión de personal<br>(9%) <b>(10%)</b>    | PROCESOS           | Satisfacción del usuario (20%) <b>(5%)</b>  | RESULTADOS         |
| (10%)         | Política y Estrategias<br>(8%) <b>(10%)</b> | (14%) <b>(15%)</b> | Satisfacción del personal (9%) <b>(15%)</b> | (15%) <b>(30%)</b> |
| DIRECCIÓN     | Recursos<br>(9%) <b>(15%)</b>               | PROCESOS           | Impacto en la sociedad (6%)                 | RESULTADOS         |

les" y "que el personal motivado mejora la calidad y favorece alcanzar las expectativas de los usuarios" como los más representativos de la calidad en sanidad, en el trabajo cotidiano valora sobretodo las habilidades y destrezas personales. En la muestra de mayores de 35 años los atributos que mejor representan a la calidad son la productividad, la reducción de costes.

El conjunto de profesionales consideran que la reducción de costes es responsabilidad prioritaria de la alta direc-

ción, la dirección de los centros son prioritariamente responsables de la satisfacción de los usuarios, la imagen del centro y la eficacia, siendo responsabilidad de los profesionales la provisión de los servicios. Se ha obtenido que los profesionales de la sanidad valoran con un mayor peso los resultados, la satisfacción del personal y los recursos que en el modelo EFQM.

## Referencias Bibliográficas

- Abascal F. ¿Cómo se hace un plan estratégico?. ESIC ed. Madrid, 1996.
- Amat, O. Costes de Calidad y de no calidad. Ed. gestión 2000, SA. Barcelona, 1992.
- Barnuevo R, Sánchez I. La actuación Autonómica en materia de Autorización y Acreditación de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1996.
- Barr, N. Economic Theory and The Welfare State: A Survey and Reinterpretation, Welfare State Programme. Document number 54. London School of Economics and Political Science. 1990.
- Bohigas L. El Premio Europeo a la Calidad, las Normas ISO y la Acreditación. Revista de Calidad Asistencial, 13:4-5. 1998.
- Brook RH, Cleary PD. Measuring quality of care. N Eng J Med 335:966-979. 1996.
- BSI Standards. CEN Operational Procedures, S1565/9409/1K/WC, Londres.
- Canadian Council on Health Accreditation. Proposed Standars for acute care organizations. A client-centred approach. Ottawa. CCHFA, 1994.
- Castello E y Lizcaino J. El sistema de gestión y de costes basado en la actividad. Instituto de estudios económicos. Madrid, 1994.
- Collopy BT, Balding C. The Australian development of National Quality Indicators in health care. Journal of Quality Improvement, 19:510-516, 1993.
- Comunidad Autónoma del País Vasco. Acreditación de Servicios Sanitarios en la Comunidad Autónoma del País Vasco. 1994.
- Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. Normas de Acreditación de hospitales. Informe de un Comité de Expertos. Editorial Alhambra, Madrid, 1985.
- Consejo Económico y Social de Castilla y León. Informe IIP 3 / 98 del análisis del sistema sanitario en Castilla y León (1997).
- Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Qüestionari d'acreditació. Barcelona, 1992. Orden 29/8/83. Orden 16/8/88. Orden 19/7/91. Decreto 309/1997.
- Decreto 93/1999 de 29 de abril por el que se establece el Régimen jurídico y procedimiento para la Autorización y Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios Y Sociosanitarios. Boletín Oficial de Castilla y León, nº 84, páginas 4704-4708. 5 de mayo de 1999.
- Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Directiva 88/182/CE, marzo, 1988 y
- Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Directiva 93/189/CE, marzo, 1993.
- Donabedian, A. La Calidad de la Atención Médica. Ed. Científicas La Prensa Médica mexicana, S.A. México. 1980.
- Donabedian. Promoting quality through evaluating the process of patient care. Medical care 6: 181-202. 1968.
- Eisenberg JM. Clinical economisc. A guide to the economic analisys of clinical practice. JAMA 262:2879-86. 1989.
- European Foundation for Quality Management. Autoevaluación. Club de Gestión de calidad, Madrid, 1995.
- European Foundation for Quality Management. Manual de autoevaluación, directrices para el sector público. Ed Salud, Madrid, 1996.
- Freeborn DK and Greenlick Evaluation of the performance od ambulatory care system. Research requirements and opportunities. Med Car Suppl 11: 68-75. 1973.
- Galcano A. Los siete instrumentos de la calidad total. Ed Diaz de Santos, Madrid, 1995.
- García Roldán JL. Cómo Elaborar un Proyecto de Investigación. Universidad de Alicante. 1995.
- García Roldán JL. Encuesta de opinión y satisfacción de usuarios y profesionales de la sanidad. 1999.
- Joint Commission on accreditation of health care organizations. Manual de acreditación de hospitales. SC editores SA – FAD. Barcelona 1996.

Juran J. Quality Planning and Analysis. McGraw Hill. New York, 1982.

Juran JM y Gryna M. Manual de Control de Calidad. McGraw-Hill. Madrid, 1993.

Lamprecht JL. ISO 9000 and the Service Sector. ASQC, Quality Press. Milwaukee, 1994.

Ley de 25 de abril de 1986. Número 14/86 (Jefatura del Estado) General de Sanidad.

Ley de 6 de abril de 1993. Número 1/93 (Junta de Castilla y León). De Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León.

Lynch R y Cross K. La mejora continua. Patrones de medida. Ed Deusto. Bilbao, 1993.

Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Ciencia. Acreditación docente de Centros hospitalarios, 1988.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Acreditación de Centros Sanitarios. Jornada de debate, 28 de abril de 1998.

Normas para la gestión y aseguramiento de la Calidad. ISO 9001, 9002, 9003. AENOR, 1993. Normas ISO 1011. Reglas generales para la Auditoría de los Sistemas de Calidad. Normas ISO 10013. Guía para el desarrollo de Manuales de Calidad. Normas ISO 8402. Gestión de Calidad y Aseguramiento de la Calidad. Vocabulario.

Normas UNE-EN-ISO 9000. AENOR, Madrid, 1994.

Pérez Fernández JA. Gestión por procesos. Ed ESIC Madrid, 1996.

RD 10/1996 nuevas formas de gestión del Insalud.

Romeo JM Ruiz PM, Montes C y cols. Evaluación y mejora de la calidad de procesos asistenciales. Ed Autosuture España SA. Madrid, 1995.

Roure J, Moñino M y Rodríguez M. La gestión por procesos. IESE ed. Folio Barcelona, 1997.

Shaw CD, Collins CD. Health service accreditation in the United Kingdom. Quality Assurance in Health care, 3:133-140, 1991.

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Fundación Avedis Donabedian. Estándares de Acreditación de hospitales. Viena Serveis Editorials SL, Barcelona, 1997.

Senlle A, Vilar J. ISO-9000 en empresas de servicios. Edición Gestión 2000 SA. Barcelona 1995.

Task force on principles for economic analysis of health care technology. Ann Intern Med. 122:61-70. 1995.

Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Ed Diaz de Santos. Madrid. 1994.

Zeithaml VA, Parasuraman JA. Calidad total en la gestión de servicios. Ed Diaz de Santos. Madrid. 1993.