



**FACULTAD DE MEDICINA**

**Departamento Obstetricia y Ginecología, Pediatría,  
Medicina Preventiva y Salud Pública, Toxicología y  
Medicina Legal y Forense**

**TESIS DOCTORAL**

**GESTIÓN HOSPITALARIA: INDICADORES DE CALIDAD DEL  
SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE CANARIAS. TENERIFE**

**Trabajo de investigación que presenta  
M<sup>a</sup> de los Ángeles Leal Felipe, para optar al grado de doctora.  
Tenerife 2008**

**D. ANTONIO SIERRA LÓPEZ Y DÑA. ANGELES ARIAS RODRÍGUEZ,  
CATEDRÁTICOS DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA**

**CERTIFICAN:**

**Que Doña M<sup>a</sup> de los Ángeles Leal Felipe, Licenciada en Antropología Social y Cultural, ha realizado bajo nuestra dirección, el trabajo de investigación titulado “GESTIÓN HOSPITALARIA: Indicadores de calidad del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias. Tenerife, el cual reúne las condiciones para ser presentado como Tesis Doctoral.**

**Y para que así conste, firmamos el presente en La Laguna, a 11 de Abril de 2008**

**Fdo. Antonio Sierra López**

**Fdo. Ángeles Arias Rodríguez**

## **AGRADECIMIENTOS**

Esta costumbre “literaria” de expresar agradecimientos al terminar un trabajo escrito, no se entiende bien hasta que se ha atravesado el trance de la tesis doctoral. La felicidad por la obra terminada, y el alivio por poner punto y final a una empresa con la que has soñado a lo largo de tu vida.

Pueden resultar los agradecimientos, mucho más que retóricos hacia quienes la han hecho posible. Pero la felicidad y el alivio son estados de ánimo efímeros y podrían arrojar dudas sobre la durabilidad del sentimiento de gratitud que generan. No se dude del mío. La deuda que tengo con las personas que enumeraré a continuación rebasa sobradamente su relación puntual con esta tesis doctoral.

Mi agradecimiento en primer lugar a mi familia.

Mi gratitud al Profesor D. Antonio Sierra López, director del trabajo, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de La Laguna y Jefe del Departamento de Microbiología y Medicina Preventiva del Hospital Universitario de Canarias, por su disposición y no solo por sus sabios consejos para la realización del trabajo, sino por todo lo que me enseñó como profesor y su presencia puntual a lo largo de mi trayectoria profesional.

A la Dra. Dña. Ángeles Arias Rodríguez, Catedrática Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de La Laguna, a la que como directora de tesis le debo, ciertamente, más de lo que corresponde usualmente por el desempeño de tal cometido académico, y ello por múltiples motivos.

Mis deudas no acaban ahí. A mi amiga y Directora de la Escuela de Enfermería de La Laguna Carmen Arroyo López le debo, los esfuerzos personales con los que se inicia el camino que conduce a esta tesis. Deslumbra su lucidez, su pasión por la vida y su capacidad de volcarse sin tapujos en todo lo que emprende que contagia a todo lo que le rodea...

# **INDICE**

<b>ÍNDICE</b>	<b>Páginas</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS</b>	<b>8</b>
<b>II. REVISIÓN Y ANTECEDENTES</b>	
<b>II.1. Gestión de la calidad</b>	<b>14</b>
<b>II.2. Modelos de gestión de la calidad</b>	<b>35</b>
<b>II.3. Modelo de calidad total del S.N.S. España</b>	<b>86</b>
<b>II.4. Situación de la gestión de la calidad en España</b>	<b>102</b>
<b>II.5. La gestión de la calidad en los servicios de Urgencias Hospitalarios</b>	<b>106</b>
<b>III. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>115</b>
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>148</b>
<b>V. DISCUSIÓN</b>	<b>165</b>
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	<b>190</b>
<b>VII. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>195</b>

# **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

## **LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS**

Los Servicios de Urgencias hospitalarios (SUH) son las áreas asistenciales, que han experimentado los cambios más rápidos y profundos en la segunda mitad del siglo XX, cambios unidos entre otros aspectos, a la gran demanda asistencial de la población de este tipo de asistencia.

La situación de la atención en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) es desde hace años, objeto de preocupación para la comunidad sanitaria y la sociedad en general, ya que en todos los países desarrollados se ha producido un fenómeno de crecimiento en su utilización, el cual supuso en España pasar de 9,2 millones de visitas en 1984 a 15,3 millones en 1994 y a 22,4 millones en el 2004. Buena parte de este incremento, se atribuye a un aumento desproporcionado de pacientes que utilizan los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) de forma inadecuada, ya sea por problemas banales, de organización de otras áreas del sistema sanitario, por problemas sociales o, simplemente, porque tienen más confianza en la efectividad de estos servicios, que en la Atención Primaria. Estudios realizados en diversos países, incluidos España, sitúan el volumen de visitas inadecuadas a los SUH entre 2 y 8 de cada 10 pacientes, con el resultado final de la masificación de estos servicios a causa de casos que podrían ser asistidos en atención primaria. (1), (2)

Esta sobreutilización de los servicios de urgencias hospitalarios, se ha convertido en uno de los debates ya clásicos de la meso gestión y, desde hace varios años es motivo de preocupación de responsables políticos y de gestores de la comunidad sanitaria y del conjunto de la población.

Los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) demuestran con su masificación, que son la puerta de mejor accesibilidad al sistema de salud. Este crecimiento, cuyas raíces están en la universalización de la cobertura

sanitaria pública, deja entrever posibles ineficiencias en la utilización de estos recursos, la sobreutilización, el fracaso del primer nivel asistencial de la atención primaria de salud en su labor educativa de la población y orientadora de los flujos. La tendencia histórica, que parece existir a aumentar la gravedad de las urgencias son realidades de nuestro sistema sanitario, además del progresivo envejecimiento de la estructura poblacional, que ha aumentado la edad media de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias.

Descarrega R y colaboradores, (3) cuantifican la utilización de los servicios de urgencias señalando, que se ha producido un aumento de ingresos del 14 al 20% en 10 años y un aumento de la estancia media, doblándose el porcentaje de estancias superiores a las 6 horas en los servicios de urgencias.

Es bien conocido, que algunos de los pacientes que ingresan en hospitales de agudos podrían haber sido tratados, de forma ambulatoria o en instituciones sanitarias de nivel asistencial de menor complejidad, con una menor intensidad de recursos para atender sus necesidades de salud. Hasta un 80% de las consultas que son atendidas en las urgencias de un hospital se producen por iniciativa del propio paciente y en un 70% no precisarían de atención especializada para ser solucionadas. Se afirma que, por lo general, aproximadamente la mitad de todas las visitas a un servicio de urgencias son consultas por problemas médicos menores. Este fenómeno se favorece por la gradual consolidación de una cultura del 'fast food' como valor en nuestra sociedad, que considera a los SUH como servicios de resolución rápida de problemas de salud. Por su facilidad de acceso, y la dificultad intrínseca de las políticas de educación sanitaria de la población, estos servicios se utilizan en la práctica de forma indiscriminada (4).

La utilización de los SUH se ve influenciada por diferentes factores externos, tanto demográficos (edad), sociales (retransmisión de acontecimientos

deportivos) como ambientales (factores climáticos) y del propio paciente (percepción de gravedad por parte del paciente), pero sin olvidar, también factores internos, ligados a aspectos organizativos (sobrecarga asistencial, dificultad de drenaje para el ingreso y de calidad asistencial (revisitas de pacientes).

Un porcentaje de la utilización de los servicios de urgencias se produce a expensas de un aumento desproporcionado de pacientes, que utilizan estos servicios de forma inadecuada. Murphy, (5),(6),(7),(8) revisando un total de 34 trabajos publicados entre 1959 y 1995, observó proporciones de casos inadecuados que oscilaban entre 5% y el 80% (Gran Bretaña, Irlanda). La Asociación Americana de Hospitales (AHA, en sus siglas en inglés) de Estados Unidos ha llevado a cabo un estudio, sobre la presión asistencial de los servicios de urgencias (9). La demoledora conclusión es que están sobrecargados. Uno de cada tres servicios de urgencias soporta tanta presión asistencial, que debe derivar las ambulancias que se dirigen a su área de influencia.

El problema se extiende por todo el sistema, aunque se acentúa sobre todo en los grandes hospitales, cuyos tiempos de espera se están disparando. "La sobrecarga de las urgencias, es en sí misma, un síntoma de que el sistema de atención se está quebrando", ha explicado la vicepresidenta de la asociación de centros de urgencias estadounidenses. (10) Según el estudio de esta asociación, esta saturación de los servicios de urgencias, con el consiguiente aumento del tiempo y la lista de espera, provoca también efectos negativos sobre la calidad de la asistencia, ya que retrasa el comienzo de los tratamientos y alarga su duración. La American Hospital Association (AHA) (11) ha puesto el ejemplo de un paciente grave que llega a las urgencias de un hospital sobrecargado y necesita una intervención quirúrgica. "Tardaría alrededor de una hora en entrar en quirófano, frente a

los 39 minutos que tardaría en ser intervenido en un hospital con un volumen de urgencias adecuado a su capacidad”, según el estudio.

Parte de este problema está en el tiempo, que se tarda en ingresar en una planta de hospitalización a un paciente atendido en urgencias. En las condiciones de sobrecarga que sufrieron los centros de Estados Unidos en noviembre de 2001, un paciente necesitado de cuidados críticos o agudos tardó más de cuatro horas y media en ser ingresado. En condiciones normales, el paciente hubiera tardado a lo sumo, dos horas.

La reducción de la capacidad de los hospitales para asimilar los pacientes graves y trasladarlos a las unidades de cuidados intensivos o críticos desde urgencias, conlleva un aumento de la espera y una merma de la calidad de entre el 15 - 48% en otros países.

Sin embargo, podemos decir, que en la actualidad la preocupación por la calidad es una constante en el desarrollo de nuestro sistema sanitario, que está cambiando las perspectivas y los modos de la práctica asistencial. (12) Esta preocupación por mejorar la calidad, no parece solo explicarse por la necesidad de reducir los costes de la sanidad, sino, que efectivamente existe un movimiento por querer hacer las cosas bien, que se mantiene incluso cuando los intereses corporativistas, administrativos o políticos lo dificultan por existir otros intereses contrapuestos.

El desarrollo de la calidad asistencial está evolucionando en paralelo con la maduración del sistema sanitario, y así, hemos pasado de una primera etapa en la que aprendimos que teníamos que ser eficaces, a una posterior en la que incorporamos los conceptos del coste e introdujimos el concepto de eficiencia, a la etapa actual donde la calidad se ha convertido en un elemento estratégico, para la dirección de los centros sanitarios y de las Administraciones, y una exigencia de todos los actores de la sanidad.

En poco tiempo hemos pasado de pensar, que la calidad era cosa de unos pocos a defender que la calidad es cosa de todos, de médicos, enfermeras, gestores y políticos, y es el denominador común de gran parte de las actividades de las organizaciones sanitarias. Ahora, está de moda y debe emplearse rigor metodológico y científico.

Todos los servicios o unidades hospitalarias empiezan a contemplar la mejora de la calidad como parte de su actividad, lo que puede ser una herramienta útil para mejorar los hospitales, aumentar el logro de los profesionales sanitarios y satisfacer los deseos de los ciudadanos.

Para este trabajo, nosotras nos hemos planteado realizar un estudio prospectivo, aplicando un modelo de calidad del servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias, con los siguientes objetivos:

### **OBJETIVOS:**

Diseñar un modelo de Indicadores de Calidad, para el Servicio de Urgencias del hospital Universitario de Canarias, adaptando para ello el modelo de control de Calidad del SNS.

Aplicar el modelo de indicadores de calidad para la obtención de resultados de calidad en los años 2004-2005.

Describir el nivel de satisfacción de pacientes, que acuden al servicio de urgencias del hospital Universitario de Canarias.

# **REVISIÓN Y ANTECEDENTES**

## II.1. GESTIÓN DE LA CALIDAD

Es importante clarificar una serie de conceptos que definan la voluntad de una organización en orientar sus sistemas a la evaluación permanente.

Existen muchísimas definiciones de la calidad asistencial, probablemente tantas como autores escriben sobre ella.

La Calidad, se puede definir como el conjunto de propiedades y características de un servicio, que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades implícitas o explícitas, o que sería lo mismo expresado en terminología adaptada a lo cotidiano, la prestación de los mejores servicios posibles con un presupuesto determinado, entendiendo que no se trata de trabajar más o de gastar más, se trataría de hacerlo de una forma más racional y que cubra las necesidades de nuestros clientes, con efectividad obteniendo los mejores resultados asistenciales, que satisfagan las necesidades de nuestro cliente- paciente, y con eficiencia, obteniendo los resultados con un menor gasto para el mismo, y con una aceptación por parte del paciente tanto de nuestro trato ,como en la técnica utilizada en la prestación del servicio.(13)

Veamos algunas definiciones sobre Calidad:

- **Real Academia de la Lengua Española:** “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”
- **Definición del ISO 9000:** “Calidad es el grado, en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”. (14)(15)
- **Crosby (16), (17), (18):**”Calidad es cumplimiento de requisitos”
- **Juran (19), (20):** “Calidad es adecuación al uso del cliente”.
- **Feigenbam (21):** “Satisfacción de las expectativas del cliente”.

- **Taguchi (22):** “Calidad es la menor perdida posible para la sociedad”.
- **Deming (23):** “Calidad es satisfacción del cliente”.
- **Shewart (24):**”La calidad como resultado de la interacción de dos dimensiones: dimensión subjetiva (lo que el cliente quiere) y dimensión objetiva (lo que se ofrece).

### **Definición de calidad asistencial**

Es la provisión de servicios accesibles y equitativos, con nivel profesional óptimo, de acuerdo a los recursos disponibles, que logra la satisfacción de los usuarios (clientes externos) y de los profesionales (clientes internos) (25).

Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite (OMS) (26).

Nunca, se debe confundir la calidad con lujos o niveles superiores de atributos del producto o servicio, sino con las obtenciones regulares y permanentes de los atributos del bien ofrecido a los clientes, que es el único fin que desean captar todas las empresas.

Es por lo tanto, un instrumento global de gestión enfocado a la mejora continua, aspecto que engloba a todas las actividades hospitalarias y a todos los procesos, que realizamos tanto dentro, como fuera de una institución sanitaria. Se conceptúa como una propuesta para incrementar la satisfacción de los clientes y que tiene en cuenta, tanto sus expectativas asistenciales como el trato. Es también, un mecanismo de motivación y de implicación de todos los profesionales de la sanidad, en los objetivos generales de la organización. Es también el mecanismo para estandarizar las actividades,

que puede facilitar el diseño de los procedimientos a seguir, dando los instrumentos para evaluar las desviaciones que pueden existir frente a los objetivos que se han propuesto, permitiendo la evaluación de los resultados a medida que se van obteniendo.

La calidad se ha convertido en un estilo de gestión empresarial, que estrechamente unido a los sistemas de información y a las nuevas técnicas de comunicación hace, que conceptos tales como perfiles de patologías, mapas de control, cliente-proveedor, carteras de servicios, perfiles de cuidados de Enfermería y otros, ya se estén utilizando de forma habitual en el quehacer de la gestión hospitalaria. Pero la verdad más absoluta y profunda de la calidad se encierra en las personas y sus valores. Procesos, técnicas y documentos son materias en la que se basa el trabajo para alcanzar la excelencia, pero si no se tiene en cuenta, que detrás de todo hay personas y, que son las que han de creer en ella, impulsarla, utilizar sus instrumentos y que existen unos valores en los que confían los profesionales y también los ciudadanos que vienen como pacientes, ninguna medida o sistema que se adopte tiene alguna posibilidad de triunfar.

La calidad Total supone la extensión de la calidad, en todas sus dimensiones y a toda la empresa (implicación de todos los departamentos, estamentos, personas y procesos). Es una actitud compartida, por todos y cada uno de los profesionales de la empresa, que pretende lograr la mejora continua de los procesos y la satisfacción del cliente externo (necesidades y expectativas) y del cliente interno (formación, participación y motivación) (27) (28).

#### **Los profesionales sanitarios y la calidad:**

La respuesta de los profesionales a la calidad sanitaria, ha sido desigual, pero sin lugar a dudas entusiasta. No hay profesional riguroso, que una vez conocida la metodología de calidad, se resista a incorporarla, como una herramienta más en su actividad diaria.

Desde el punto de vista profesional, interesa la relación riesgo/beneficio y la calidad del proceso en relación con estándares científicos.

Los presupuestos condicionan de forma legítima, la forma de practicar la medicina y la enfermería y delimitan la oferta existente de servicios sanitarios y profesionales. La trascendencia de las decisiones médicas y de cuidados de Enfermería, reclama de los profesionales una actitud de responsabilidad, teniendo en cuenta, la autonomía asistencial existente (empleo adecuado de los recursos).

Es fundamental, considerar la situación de los profesionales sanitarios insatisfechos en proporción creciente: los profesionales sanitarios han de ser un elemento socialmente respetado para convertirse en asalariados con retribuciones a menudo inferiores a las de otros profesionales con titulaciones equivalentes y menores responsabilidades, y además se les pide que cada vez hagan más, que lo hagan mejor, con menor coste y sin premio alguno. El desarrollo de la calidad está íntimamente ligado al de la gestión clínica..

### **Los gestores y la calidad:**

La respuesta de los gestores ha sido lenta, aunque cada vez es más frecuente que incorporen conceptos como calidad total, excelencia, empresa orientada al cliente, etc. y que algunos de ellos hayan sido pioneros en el sector.

Desde el punto de vista administrativo-gestor, interesa la eficiencia, la mejor relación coste/resultados y la satisfacción de usuarios y trabajadores.

Los problemas de los directores/as médicos y de enfermería:

Dos puntos de vista diferentes provocan conflictos inherentes al papel de los directores.

- Los deseos de los pacientes y los directores de una parte, y el beneficio económico o supervivencia de la organización por la otra, y todo ello entre la demanda ilimitada de pacientes individuales y los recursos limitados de la sociedad. En un esfuerzo para resolver estos conflictos, los directores han desarrollado una ideología centrada en la creencia de que la asistencia médica y los cuidados de enfermería de alta calidad son menos caros, que los de baja calidad. Sin embargo, también se dan cuenta, que al menos a corto plazo esto no es necesariamente verdad. Hasta ahora, no hay consenso en la comunidad sanitaria o el público en general acerca de cómo debe ser el balance entre los intereses de los pacientes individuales con la necesidad de contener los costes. Hasta que se llegue a ese consenso, los directores, que han cargado con la tarea políticamente tabú de racionar la atención médica y los cuidados de enfermería, pueden continuar siendo impopulares con muchos pacientes y personal sanitario. (29)

### **Los políticos y la calidad:**

Para algunos, el discurso político imperante en el país ha sido y es todavía excesivamente reivindicativo, porque no es razonable proclamar únicamente la falta de recursos cuando se es consciente, o se debería, de la mala utilización de los que disponemos. Por otro lado, las iniciativas de la Administración están en fases muy iniciales, aunque parece que están saliendo de la situación previa, en la que parecían más diseñadas como instrumentos de "control" de las actividades de los centros, que como una forma de armonizar y promover los esfuerzos de mejora de los profesionales, de los centros y de los resultados.

Desde el punto de vista administrativo-político, interesa la eficacia, es decir, la consecución de objetivos en tiempo, equidad, distribución y accesibilidad de recursos **(30)**, **(31)**.

### **Los pacientes y la calidad:**

No hay duda hoy día, que debemos centrar nuestra actividad en el paciente y así, uno de los aspectos que aparece con más insistencia, en el desarrollo futuro, es la participación del ciudadano en las decisiones clínicas que le afectan, para lo que disponemos de suficientes instrumentos en el ámbito de la participación individual: el consentimiento informado, las voluntades anticipadas, las reclamaciones, la medición de la satisfacción del enfermo y sus familiares, etc.

Al paciente-cliente le interesan los resultados, la calidad de vida y la duración del efecto. También hay que tener en cuenta a la comunidad. El futuro es el de la participación de la comunidad, en las grandes decisiones de política sanitaria, de organización del sistema, de asignación presupuestaria, etc. (32),(33) (34).

### **EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

No se puede hablar de momentos especiales, en los que la Gestión de la Calidad haya cambiado bruscamente. Han sido la incorporación de nuevos conceptos, ideas y herramientas de información y gestión de la calidad, los que han ido incorporándose y modificando el propio pensamiento teórico y práctico de la calidad.

Estas nuevas formas, marcan las tendencias que son seguidas por la mayoría de las organizaciones a lo largo del tiempo, con diferentes modelos, implantación y recursos según las posibilidades de cada país. (35),(36),(37)

Podríamos remontarnos muy atrás, para trazar la evolución histórica de la calidad. Como sabemos, el intento de mejorar la atención de los pacientes ha sido, desde mediados del siglo XIX, una preocupación creciente, como deja constancia por ejemplo, en 1860 Florence Nightingale (38) en su obra "Notas sobre enfermería". Hacia 1910, Codman propuso a la comunidad profesional el primer estándar de calidad: "deben existir historias clínicas". Los trabajos

de Ernest Codman sirvieron para elaborar en 1917, lo que puede considerarse el primer manual de acreditación hospitalaria de la historia, el “Minimun Standard for Hospital, que cabía en una sola hoja (39). Esta idea de Codman, contribuyó a la formación del Colegio Americano de Cirujanos en 1913.

Para muchos autores, el primer estadio en el desarrollo científico de la gestión de la calidad se inicio con Ford, cuando utilizaba equipos de inspectores para comparar los productos de su cadena de producción, con los estándares establecidos en el proyecto.

El desarrollo metodológico, en el “Control Estadístico de Calidad” se inicia con Shewart en 1931(24) y se retoma en 1946 con la fundación de la Asociación Americana para el Control de la Calidad (ASQC) (9), formada por técnicos de control de calidad Industrial.

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

- A mediados de los 60, Donabedian adaptó a los hospitales de los EEUU, el vocabulario y los conceptos utilizados en el control de garantía de la calidad industrial, estableciendo calidad de la estructura, del proceso y del resultado en los hospitales. .
- La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organiation (40) (JCAHO) (41), introduce en los años 70, entre otros los siguientes cambios:
  - ✓ Implantación de la auditoria médica en los hospitales.
  - ✓ Se enfatiza más, sobre la evaluación de los procesos asistenciales, que en la estructura.

- En 1981 la JCAHO implanta el “Nuevo Estándar de Calidad”. Este estándar requiere que en el hospital se integren los comités de mortalidad, tejidos, transfusiones, antibióticos, etc., (41). Asimismo, el estándar obliga a que se establezcan medidas para la verificación de la práctica clínica, informe de incidentes, delimitación de privilegios y la elaboración de un plan de aseguramiento escrito.

- En 1982 se modifica el PSRO “Profesional Estándar Review Organization” (1972),(42) que intenta vigilar la calidad técnica de la asistencia sanitaria prestada a los beneficiarios del Medicare y Medicaid en EE.UU.

Desde la segunda guerra mundial hasta la década de los 70 en Occidente y Estados Unidos, la calidad se basa en la inspección del producto final, pues el mercado lo absorbe todo y la calidad se concentra en la no existencia de problemas. La Unión de Científicos e ingenieros japoneses aprovechando las enseñanzas directas de los norteamericanos Deming y Juran, y utilizando los conceptos y métodos del Control de la Calidad en la industria americana. Desarrollan y establecen lo que denominan "Control de la Calidad en toda la Organización" que los americanos traducen a principios de los años ochenta como “Gestión de la Calidad Total” (43),(44),(45),(46). Ishikawa, explica que Deming establece el control de calidad estadístico, y Juran introduce el concepto de calidad total (47),(48),(49). Las novedades que se introducen son la implicación de los departamentos y empleados y se empieza a escuchar al consumidor, introduciendo sus especificaciones en la definición de los productos.

Con la crisis del petróleo de los años 70 y el inicio de la globalización de los mercados, el consumidor tiene mucha más información a la vez, que los mercados empiezan a saturarse. USA pierde el liderazgo frente a Japón.

A principio de los 80, las empresas empiezan a considerar que la calidad no es solo esencial en sus aspectos técnicos, de forma que se introduce

también en la gestión, pero no es hasta enero de 1988, cuando se constituye en Estados Unidos el premio Malcolm Baldrige a la calidad, dando gran énfasis a los sistemas de información y análisis así como al cliente y su satisfacción (50).

### **Las instituciones sanitarias:**

Se plantean la introducción de la Gestión de la Calidad Total, la cual se ha difundido más rápidamente en los últimos cinco años:

- ✓ Introducción de la GCT a partir de 1985 en los EE.UU. (51),(52),
  - Joint Commission en 1989, establece la Agenda del Cambio, en donde se introducen los principios de la GCT.
  - Aplicación piloto de los criterios del Premio Baldrige a 45 hospitales privados en 1995.
- ✓ En Europa la introducción ha sido más tardía:
  - La Oficina Europea de la OMS en 1984 acuerda con todos los países europeos, las “Metas de Salud para todos, 2000” (53).
  - Plan de Garantía de Calidad Total en Atención Sanitaria, publicado en 1988 (INSALUD) (54), (55)..
  - Reino Unido: el Departamento de Salud, establece un programa para promocionar iniciativas en GCT en 1989, dentro de su política de “Trabajando sobre los pacientes”.
  - La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) en 1996, adopta los criterios del Modelo Europeo de Excelencia para el sector sanitario. Revisados en 1999 (56).
  - Establecimiento del Foro Europeo para la Mejora Continua de la Calidad en el sector sanitario (1996) El Comité de Ministros del Consejo de Europa en 1997, aprueba la recomendación<sup>17</sup> acerca del “Desarrollo e Implantación de un Sistema de Mejora de la Calidad en la

Asistencia Sanitaria” (57). La Unión Europea, en 1998 y en el seno de la Conferencia Informal de Ministros de Salud, recomienda una mayor cooperación entre los Estados Miembros para alcanzar los estándares más altos en la protección de la salud (58).

**Referentes europeos:**

Un primer referente dentro del entorno sanitario, sobre la calidad de los servicios sanitarios, es el considerar la iniciativa adoptada en 1980 por parte de la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud, sobre “Salud para Todos en el año 2000” (59), que incluye entre sus Metas el Objetivo 31 donde se reconoce que “para el año 2000 debe existir estructuras y procesos en todos los Estados miembros para garantizar la mejora continua de la asistencia sanitaria”, en cuyo desarrollo se preveía que:

“De aquí a 1990, todos los Estados miembros deberán haber creado unas comisiones eficaces que aseguren la calidad de las atenciones a los enfermos en el marco de las prestaciones sanitarias”. “Se podrá atender este objetivo si se establecen métodos de vigilancia continua y sistemática para determinar la calidad de los cuidados prestados a los enfermos, convirtiendo las actividades de evaluación y control en una preocupación constante de las actividades habituales de los profesionales sanitarios, y finalmente, impartiendo a todo el personal sanitario una formación que asegure y amplíe sus conocimientos”.

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

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

- La “**Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa**”, resultado de las Jornadas Europeas celebradas en Ámsterdam los días 28-30 de mayo de 1994 (59), donde se hace referencia expresa a:

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

- La “**Carta de Ljubljana**” sobre las “Reformas de los sistemas sanitarios”, suscrita en junio de 1996 (59), donde se hace referencia a la necesidad de que los sistemas de salud:

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

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

- El informe “**Reformas Sanitarias en Europa. Análisis de las Estrategias actuales**”, publicado posteriormente en 1997(59), difunde los logros de las reformas en diferentes países, y en su capítulo 6, “Proveer los servicios de manera eficiente”, recoge el hecho de que frente a la preocupación tradicional por la financiación de la asistencia y las estructuras organizativas,

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

- Recientemente, la Oficina Regional Europea ha presentado en su 48 sesión (Copenhague 14-18 de septiembre de 1998) el informe “**Salud 21:**

**Política de Salud para Todos de la OMS para la Región Europea. 21 Metas para el Siglo XXI**”,(59) y en la Meta 16 se refiere a la “Gestión de la calidad asistencial” en los siguientes términos:

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

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

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

Meta 16.3: “Los resultados de salud deberían lograr una mejora significativa al menos en 5 indicadores de forma que su evaluación demuestre una mayor satisfacción de los pacientes en relación con la calidad de los servicios recibidos y la observación del respeto de sus derechos”.

## **CALIDAD SANITARIA EN ESPAÑA:**

La Ley General de Sanidad (60), en su capítulo segundo dice que " las administraciones sanitarias desarrollaran actividades de control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria".

Esta Ley, supuso un marco normativo posterior en el tema de la calidad en los servicios sanitarios, con referencia específica al primer nivel de atención sanitaria, como se reflejaba posteriormente en el RD 1983/1996 de 2 de Agosto (61).

El Insalud, con las normas de la legislación previa, definió un marco regulador para desarrollar estrategias de calidad entre las que cabe mencionar:

**1984: Plan de humanización de la asistencia**, aunque estaba dirigido inicialmente, a la creación de los servicios de Atención al paciente en los hospitales, permitió a partir de 1992 , poner en marcha un programa de Mejora de Accesibilidad a los servicios sanitarios de primer nivel (62).

**1986-1990: Plan de Calidad Total (55)**. Tenía como objetivo la implantación y desarrollo de un programa de garantía de calidad total, como un componente esencial de todos los servicios sanitarios. La formación y motivación de los profesionales, eran su estrategia principal.

**1991-1993: Calidad del Servicio**. Una vez alcanzadas la equidad, cobertura sanitaria pública, acercamiento del sistema a los ciudadanos y el enfoque multidisciplinar. Previamente se definieron con técnicas cualitativas un sistema general de indicadores a partir de la percepción de los ciudadanos en lugar de basarse en las perspectivas y necesidades de la organización (63).

**1994-1996: Contrato programa-Contrato gestión**. El objetivo era la asignación de un presupuesto prospectivo anual en función del volumen y

complejidad de las actividades a desarrollar. La calidad se incluía en forma de un plan de calidad común para AP territorio Insalud (64).

**1998: Plan estratégico.** Los principios básicos de este plan incluían: la orientación a la satisfacción del usuario, la motivación e implicación de los profesionales y la inclusión de toda la organización en el proceso de mejora. Esta fue la última política de calidad del Insalud (65).

Culminado en el año 2001, el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas, el Real Decreto 840/ de 2 de Agosto estableció la desaparición del Insalud y con ello, las competencias sanitarias.

Actualmente, todas las CC.AA. cuentan con diversas leyes que se han desarrollado en los últimos años y contribuyen a mejorar la calidad del sistema:

**2002: Ley de Autonomía del Paciente, Información y Documentación Clínica.** Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (66).

**2003: LEY de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.** Establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias para garantizar la equidad, calidad y participación social en el S.N.S (67).

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud tiene como objetivo principal mejorar la atención sanitaria que reciben los ciudadanos en un sistema sin desigualdades y en el que se preservan los principios de accesibilidad, tiempo y seguridad. La norma establece el marco legal que garantiza la modernización y evolución del Sistema Nacional de Salud en los principios de equidad, calidad y participación social

**2003: Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (68).**

**2003: Ley del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (69).**

## **SISTEMAS DE AUTORIZACIÓN, ACREDITACION Y CERTIFICACION:**

En la actualidad existen distintos reconocimientos formales por los que puede optar una organización para demostrar la conformidad con requisitos de calidad previamente fijados, frente a la autorización que es una exigencia legal. De esta forma podemos considerar los procesos de Autorización, Acreditación y Certificación:

### **AUTORIZACIÓN:**

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

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

### **ACREDITACIÓN:**

La acreditación adquiere diferentes significados según hablemos de:

1. **La acreditación en el marco de la Unión Europea.** La Acreditación significa reconocimiento de la competencia técnica de una entidad. La Acreditación definida por la ISO/CEI Guía 2 es “el procedimiento por el que un “Organismo Aceptado” da un reconocimiento formal a una Organización o persona de que es competente para desarrollar tareas específicas” (70).

Se trata de evaluar la competencia técnica de organismos responsables de certificación, ensayo, calibración e inspección para desarrollar su labor con

arreglo a requisitos reconocidos internacionalmente. De esta forma, la organización es capaz de probar que su actividad y los informes o certificados que dan son seguros y fiables.

En España, la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) es una Asociación auspiciada y tutelada por el Ministerio de Industria y Energía (MINER), que coordina y dirige en el ámbito nacional un Sistema de Acreditación conforme a normas internacionales. La Entidad Nacional de Acreditación fue reconocida y designada en el Real Decreto 2200/1995 (71).

Las entidades nacionales de acreditación han formado parte de la EAC (European Accreditation of Certification) y a la EAL (European Co-operation for Accreditation of Laboratories). La EAC y la EAL se han integrado y han formado la EA (European Co-operation for Accreditation) en noviembre de 1997(72).

### **Sistemas tradicionales de acreditación en el sector sanitario:**

#### **a) Acreditación de la JCAHO**

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

La JCAHO es una organización independiente, sin ánimo de lucro, dedicado a la mejorar la calidad de la asistencia de las organizaciones sanitarias. Para llevar a cabo este objetivo evalúa, acredita, aconseja y establece los requisitos que han de cumplir los centros asistenciales. En el año 1953 la JCAHO publica el Manual de estándares para la acreditación de hospitales. Los estándares de actuación que plantea, están consensuados y reconocidos en el ámbito internacional por los técnicos y profesionales de la salud.

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

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

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

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

**b) Canadian council on health facilities** EL organismo acreditador en Canadá es el Consejo Canadiense de Acreditación de Establecimientos de Salud, organismo independiente, sin ánimo de lucro, creado por asociaciones médicas y colegios profesionales (73), (74), (75), (76), (77). Antes de 1952, Canadá participó en el programa de acreditación de los Estados Unidos.

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

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

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

- 1) Establecimiento de direcciones estratégicas
- 2) Cuidado del paciente (en cada servicio clínico)

- 3) Actualización de las direcciones estratégicas
- 4) Gerencia de sistemas de información
- 5) Gerencia y desarrollo de recursos humanos
- 6) Gerencia de instalaciones y aspectos de hostelería.

### **c) Acreditación hospitalaria en España:**

#### **Acreditación de centros sanitarios en Cataluña**

La Comunidad Autónoma de Cataluña establece la normativa propia en materia de acreditación de centros sanitarios en la Orden del 25 de Abril de 1983 (78). El programa de acreditación es llevado a cabo por el Departamento de Sanidad de la Generalitat para la concertación de servicios asistenciales con la administración pública.

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

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

#### **Acreditación docente:**

En 1987 el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de su Dirección General de Planificación Sanitaria, pone en marcha un nuevo procedimiento para la acreditación de hospitales para docencia postgraduada, que representa el inicio formal de un Sistema Estatal de Acreditación (79).

#### **CERTIFICACIÓN:**

La certificación es un procedimiento por el cual, una tercera parte (empresa certificadora) asegura por escrito que un sistema de la calidad de una

organización, persona, producto, proceso o servicio es conforme a los requisitos especificados.

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

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

1. Ser acreditada por una entidad de acreditación con reconocimiento de la Unión Europea e internacional.
2. Deberá cumplir la norma de la serie EN 45000 que le sea de aplicación según la actividad de certificación que desarrolle.

Las organizaciones sanitarias pueden ayudarse con la ISO 9004-2 que proporciona una guía para establecer e implantar un sistema de la calidad dentro de una organización.

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

#### **Premios a la excelencia empresarial:**

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

Históricamente el primer modelo surge en Japón en 1951, a través del establecimiento del Premio Deming por la Unión de Científicos e Ingenieros (80).

Este modelo enfatiza en el control de los procesos como instrumento que va a permitir garantizar unos productos y servicios de calidad, utilizando como estrategia la implantación del control de la calidad en toda la organización.

Posteriormente en 1987, se establece el Premio Nacional a la Calidad Baldrige en Estados Unidos, promovido por el Departamento de Comercio y como respuesta a la intensa competitividad industrial .

En Europa, a partir de 1988 la European Foundation for Quality Management ha desarrollado el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad:

En sus inicios esta Fundación fue creada por catorce empresas líderes en su sector, como la Renault y la Fiat, que trabajaron en el Modelo de Calidad Total, creando en 1991 el Premio Europeo de Calidad con el apoyo de la Organización Europea para la Calidad y la Comisión Europea (81). Este Premio se presentó por primera vez en 1992, se otorga anualmente y consta de:

**Galardón Europeo a la Calidad**, que se concede a las organizaciones que demuestren excelencia en la gestión de la calidad.

**Premio Europeo de Calidad**, que se concede al mejor entre los que han obtenido los galardones. Desde 1.995 las organizaciones del sector público pueden competir por este premio (81).

**En España**, como reconocimiento a las empresas españolas que más se hayan distinguido en la mejora de sus factores de competitividad, el Ministerio de Industria y Energía y el de Comercio y Turismo convocan **los Premios Príncipe Felipe a la Excelencia Empresarial** (82).

## II-2. MODELOS DE GESTION DE LA CALIDAD

No existen sistemas únicos aplicables. La realidad es que una vez definidos los procesos, se debe establecer un sistema de aseguramiento de la calidad, y material no nos falta:

Modelo ISO 9002/2000 (83).

Modelo Inglés (King's Foundation) (84),(85).

Modelo Canadiense (86).

Joint Comission (87),(88),(89).

Modelo Americano (Malcolm Baldrige) (90),(91).

Modelo Europeo EFQM (92), (93),(94).

Modelo Japonés o Deming (95), (96).

Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión (97), (98).

Modelo de Calidad Total del SNS (99)

A continuación vamos a describir los más comúnmente utilizados:

- Modelo ISO 9002/2000 (83).
- Modelo Europeo EFQM (92),(93).(94)
- Joint Comisión (87), (88), (89).
- Modelo Americano (Malcolm Baldrige) (90),(91).
- Modelo Japonés o Deming (95), (96).
- Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión (97), (98).
- Modelo Inglés (King's Foundation) (84), (85).
- Modelo de Calidad Total del SNS (99).

### **Modelo ISO 9002/2000 (83).**

Hay muchas normas ISO, nosotros nos centraremos en la ISO 9001 del 2000, que se refiere a la gestión de la calidad. EN, significa que son normas europeas, que deben adaptarse íntegramente como normas nacionales, por todos los organismos de normalización miembros. UNE, siglas “de Una Norma Española” significa que han sido aprobadas, en el estado español por AENOR (organismo español de normalización reconocido por la Administración Pública española) (70), (71).

### **La norma ISO 9001:2000**

#### **Las normas UNE-EN-ISO 20008(2), son normas creadas por ISO.**

ISO, siglas de International Organization for Standardización, es una organización internacional de normalización a nivel mundial. Se creó en 1947, para el desarrollo de actividades de normalización, facilitando el intercambio internacional de bienes y servicios y desarrollando colaboración en ámbitos intelectuales, científicos, tecnológicos y económicos entre diferentes países (100). Actualmente, forman parte de ISO 140 organismos nacionales de normalización, uno por país, entre ellos AENOR. La central está ubicada en Ginebra. Como organización funciona descentralizadamente en comités técnicos, subcomités y grupos de trabajo (en la actualidad operan unos 2850) Estos comités trabajan por consenso entre productores, consumidores, gobiernos, profesionales y en general se tiene en cuenta los intereses de todos los implicados.

Las normas ISO, que se obtienen por este proceso, son de aplicación voluntaria por parte de las empresas.

Una de las características más destacables es la flexibilidad y libertad a la hora de aplicar y cumplir los requisitos, que figuran dentro de las normas. No se establece los niveles y valores que se deben alcanzar para determinar la calidad de un servicio o producto. A parte de esto, este conjunto de normas no dejan de ser meramente prescriptivas, ya que exponen lo que hay que hacer, aunque dejen libertad a la hora de “cómo” hacerlo.

Veamos las normas más básicas dentro de la familia ISO 9000:

ISO 9000:2000. Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario.

ISO 9001:2000. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos.

ISO 9004:2000. Sistemas de Gestión de la Calidad. Recomendaciones para la mejora del desempeño (101),(102).

Las normas ISO 9001, versión 2000: Esta norma describe los principios de los sistemas de gestión de la calidad y define los términos y conceptos utilizados en 9001 y 9004. Proporciona los fundamentos para interpretar adecuadamente su contenido y constituye la referencia para comprender la terminología empleada. Por otro lado, describe y explica los ocho principios básicos de gestión de la calidad que constituyen la base de la nueva serie de normas ISO 9000 y reflejan las mejores prácticas de gestión. No obstante, existe una nueva versión 9000:2005, pero que no introduce cambios sustanciales ni anula la versión del 2000. Únicamente se han introducido nuevos términos como competencia, equipo auditor, contrato y experto técnico entre otros.

Especifica los requisitos necesarios para un sistema de gestión de la calidad, cuando una organización: Necesita demostrar su capacidad para proporcionar de forma coherente productos/servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los reglamentos aplicables.

Aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluyendo los procesos para la mejora continua del mismo y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente. Se puede aplicar a todo tipo de organización, pública o privada, con o sin ánimo de lucro, sin importar su tipo, tamaño o actividad (se incluyen las entidades del tercer sector de acción social) Se trata, por lo tanto, de requisitos generales donde existe la posibilidad de excluir determinados requisitos, en casos concretos, en función de cada organización. La Norma ISO 9001:2000 está estructurada en puntos claramente diferenciados para facilitar la comprensión y cumplimiento de sus requisitos, abarca las principales áreas de la organización y es compatible con otros sistemas de gestión, posibilitando la correspondiente integración entre ellos.

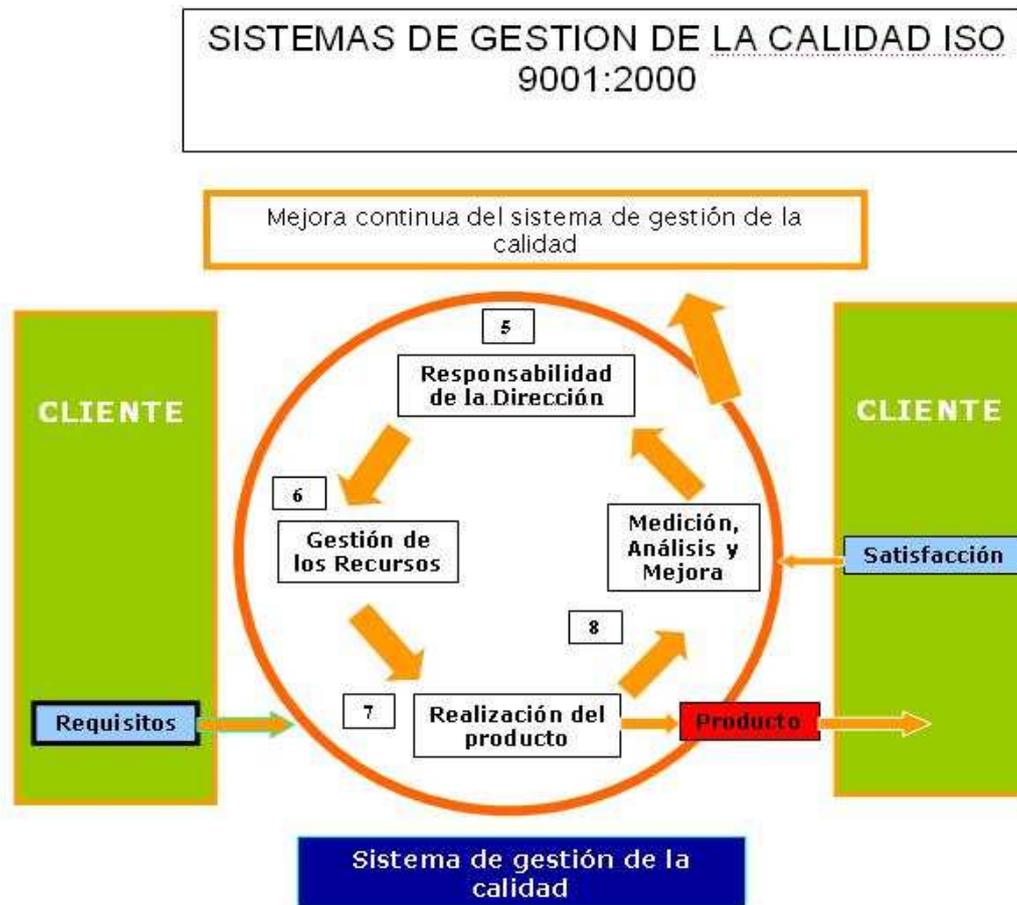


Figura 1: Sistemas de Gestión de la Calidad ISO 9001: 2000

Para desarrollar la norma ISO 9001:2000, hay que tener en cuenta una serie de aspectos: es responsabilidad de todos los agentes implicados en el proyecto, requiere cambios de actitudes en las personas, formación en los nuevos conceptos y a partir de ese conocimiento, convencerse de las ventajas y beneficios que, en términos de gestión y resultados, van a suponer a la organización que los adopte (103). La última versión de la Norma 9001 data del año 2000 e incorpora ocho principios básicos:

- Organización enfocada a la satisfacción del cliente: “Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los mismos, satisfacer sus requisitos y esforzarse en sobrepasar sus expectativas” Las organizaciones deben supervisar la satisfacción de los clientes.
- Liderazgo: “Los líderes unifican la finalidad y la dirección de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en la consecución de los objetivos de la organización”
- Participación del personal: “El personal, con independencia del nivel de la organización en el que se encuentre, es la esencia de una organización y su total implicación posibilita que sus capacidades sean usadas para el beneficio de la organización”. Es importante el desarrollo del factor humano. No solo identificar las necesidades de formación y su impartición, sino averiguar las necesidades de formación para afrontar el futuro y desarrollar e integrar a todo el personal en la visión común de mejora continua de la organización.
- Enfoque a proceso: “Los resultados deseados se alcanzan más eficientemente cuando los recursos y las actividades relacionadas se gestionan como un proceso” recordemos, que “Un proceso es un conjunto de actividades que reciben una o mas entradas y crean un producto o servicio de valor para el cliente” (Hammer y Champy, 1993) (104). En una empresa, cualquier cosa que se haga (actividad) debe estar enmarcada en un proceso operativo (que conduce a un producto o servicio) en un proceso de soporte, (apoyo a los operativos) o en un proceso estratégico.
- Enfoque del sistema hacia la gestión: “Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización a la hora de alcanzar sus

objetivos”. No solo emplear las técnicas estadísticas a nivel de calidad proceso, sino aplicarlas para facilitar la toma de decisiones y para la gestión de la mejora continua.

- Mejora continua: “La mejora continua en el desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de la organización”.
- Enfoque objetivo hacia la toma de decisiones: “Las decisiones efectivas se basan en el análisis de datos y en la información”.
- Relación mutuamente beneficiosa con el suministrador: “Una organización y sus suministradores son interdependientes, y unas relaciones mutuamente beneficiosas aumentan la capacidad de ambos para crear valor”. Ello significa trabajo continuo con los proveedores. Más allá de la evaluación de los proveedores, debe trabajarse en el análisis de su capacidad de participar en equipos mixtos de trabajo encaminados a satisfacer las necesidades presentes y futuras de los clientes, así como en la simplificación de la recepción de los productos con el fin de ahorrar recursos.

## **ESTRUCTURA GENERAL DE LA NORMA UNE-EN-ISO 9001:2000**

### **0. INTRODUCCIÓN.**

1. Objeto y campo de aplicación.
2. Referencias normativas.
3. Términos y definiciones.

### **4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.**

- 4.1. Requisitos generales.
- 4.2. Requisitos de la documentación.

### **5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN.**

- 5.1. Compromiso de la dirección.
- 5.2. Enfoque al cliente.

5.3. Política de la calidad.

5.4. Planificación.

5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación.

5.6. Revisión por la dirección.

## **6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS.**

6.1. Provisión de recursos.

6.2. Recursos humanos.

6.3. Infraestructura.

6.4. Ambiente de trabajo.

## **7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO.**

7.1. Planificación de la realización del producto.

7.2. Procesos relacionados con el cliente.

7.3. Diseño y desarrollo.

7.4. Compras.

7.5. Producción y prestación del servicio.

7.6. Control de los dispositivos de seguimiento y de medición.

## **8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA.**

8.1. Medición, análisis y mejora.

8.2. Seguimiento y medición.

8.3. Control del producto no conforme.

8.4. Análisis de datos.

8.5. Mejora.

Las Normas UNE-EN-ISO 9000 son unas normas muy generales ya que deben poder aplicarse a todos los sectores de actividad, a todo tipo de productos y a todo tipo de organizaciones. Es responsabilidad de la dirección del hospital decidir que sistema de calidad aplica en su hospital, ISO, FQM,

JONT u otro, y en caso de ISO, puede aplicarse a toda la organización hospitalaria o solo a uno o varios servicios.

La norma ISO 9000 requiere que se documente su sistema de gestión de calidad (SGC). Es necesario desarrollar un manual de calidad, así como los procedimientos requeridos para su sistema.

En el Manual de calidad se definen a grandes trazos la organización (organigrama, principales responsabilidades, actividades realizadas e interacciones entre ellas, relación de la documentación que se genera y que hay que controlar...) y los procedimientos que sean necesarios para garantizar que las diferentes actividades se hagan siempre igual y de forma controlada asegurando el resultado óptimo y deseado.

#### **Manual de calidad:**

El Manual de Calidad consta de 8 capítulos que, descritos muy brevemente serían:

- Es la adecuada a los objetivos de la organización.
- Está orientada hacia la satisfacción del cliente y hacia la mejora continua.
- Asegura el establecimiento y la revisión de los objetivos de calidad.
- Se comunica y es comprendida por los niveles apropiados de la organización.
- Se revisa periódicamente para su continua adecuación.

**Planificación:** objetivos de la calidad y Planificación del sistema de gestión de la calidad.

Responsabilidad, autoridad y comunicación: responsabilidad y autoridad, representante de la dirección, comunicación interna. Hay que asegurar la

comunicación entre los diferentes niveles de la organización en referencia a los procesos y su eficacia.

**Revisión por la dirección.** Generalidades: hay que detallar la información que hay que presentar para la revisión por la dirección y los resultados de la misma.

**Gestión de recursos:**

**Provisión de recursos.** Los recursos proporcionados (equipamientos, personal, instalaciones, ambientes de trabajo, formación...) han de ser coherentes con los objetivos marcados.

**Recursos humanos:** generalidades, competencia, toma de conciencia y formación. Hay que determinar necesidades de competencia y formación para el personal, proporcionar formación o acciones, evaluar la eficacia de esta formación o acciones y como siempre, mantener registros. Hay que definir “perfiles de trabajo” y descripciones de puesto de trabajo. Además la organización debe asegurar que el personal sea consciente de la importancia de sus actividades y de cómo este contribuye a alcanzar los objetivos de calidad.

**Infraestructura.** La organización debe identificar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad del producto/ servicio y esto incluye por ejemplo, espacio y medios de trabajo, instalaciones asociadas, equipos apropiados incluyendo hardware y software, servicios de apoyo, tales como transportes o comunicación.

**Ambiente de trabajo.** La organización ha de lograr la conformidad del producto/servicio a través de la identificación y la gestión de las condiciones del ambiente de trabajo.

### **Como aplicar las normas ISO**

Estas normas UNE EN ISO 9001-2000 son de aplicación voluntaria por parte de las organizaciones. Aquellas organizaciones que voluntariamente deciden aplicarlas, deben prepararse y organizarse conforme a ellas, documentar todas las normas más aplicadas a su organización y pueden solicitar ser acreditados por un organismo certificador. Este organismo certificador se desplaza a la organización evaluada y durante unos días comprueba tanto la documentación exigida, así como su puesta en práctica en la organización.

Estos organismos certificadores, o “Entidades de certificación de sistemas de calidad” deben estar acreditados para ello por ENAC ((Entidad Nacional de Certificación) (71) y /o por otro organismo competente y pueden ser públicos o privados.

Para una organización estar certificada en normas UNE EN ISO 9001-2000, es una garantía de calidad para sus clientes.

Para el entorno sanitario y para la perspectiva que nos ocupa, las más interesantes son las normas ISO 9000, cuya nomenclatura es la siguiente:

#### **Nomenclatura de las Normas ISO**

Norma Internacional	ISO
Norma Europea	EN – ISO
Norma Española	UNE-EN-ISO

#### **MODELO EUROPEO (EFQM– EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (92), (93), (94).**

Es un modelo creado en 1988 por 14 importantes empresas europeas con la misión de potenciar que las empresas europeas obtengan ventaja competitiva por implantación de la calidad total. Se basa en el modelo americano Malcolm Baldrige pero poniendo más énfasis en la satisfacción tanto de clientes como de los empleados teniendo en cuenta el impacto social de la empresa (105)

Desde los últimos años de la década de los noventa ha empezado a utilizarse en nuestro país en el sector sanitario. Es por tanto, un modelo importado al mundo de la salud, a diferencia del modelo de la JCAHO (siglas de Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organitations), creada JCAH (Joint Comisión on Accreditation of Hospitales) en 1951, que se generó en el propio medio sanitario. En el año 2000, se hizo pública en nuestro país una adaptación del Modelo EFQM de Excelencia para la evaluación de Centros Sanitarios

El Modelo EFQM de Excelencia es un marco de trabajo no prescriptivo que tiene nueve criterios. Cinco de ellos son "Agentes Facilitadores" y cuatro son "Resultados". Los criterios que hacen referencia a un Agente Facilitador tratan sobre lo que la organización hace. Los criterios que hacen referencia a los Resultados tratan sobre lo que la organización logra. Los Resultados son consecuencia de los Agentes Facilitadores (106), (107).

Se basa en la siguiente premisa:

“La Satisfacción de Clientes y Empleados y el Impacto en la Sociedad se consiguen mediante un Liderazgo que impulse la Política y Estrategia, las Personas de la organización, las Alianzas y Recursos y los Procesos hacia la consecución de la Excelencia en los Resultados de la organización”.

El modelo europeo de excelencia ofrece un marco genérico de criterios que puede ser aplicado a cualquier organización o componente de la organización. El concepto de calidad total como buque insignia del modelo europeo, también llamado referencial europeo, obliga a que la concepción de la empresa sea vista desde el punto de vista del cliente, en su doble concepción de cliente interno y cliente externo. De esta forma se evalúa la gestión y la satisfacción de los compradores, el personal, proveedores, bancos, accionistas, red comercial y la sociedad en su conjunto.

El modelo europeo se basa en la auto evaluación como proceso clave para la mejora continua de una empresa. Esta evaluación se lleva a cabo respecto a

nueve criterios, divididos a su vez en subcriterios, que recoge los conceptos y valores de la calidad total (108), (109), (110).

El proceso de auto evaluación exige llevarse a cabo periódicamente. Debemos saber en dónde estamos en cada área de la empresa, midiéndola con indicadores de calidad adecuados, identificando los puntos fuertes, puntos débiles, factores que contribuyen a los resultados, permitiendo planificar las acciones de mejora.

Las empresas que llevan a cabo autoevaluaciones periódicas basadas en el modelo y pueden demostrar una mejora en los resultados, conseguidos por una apuesta absoluta en la calidad total, pueden presentarse al premio anual de la EFQM, denominado Premio Europeo de la Calidad (European Quality Award) EQA (79). Este premio fue iniciado en el año 1992 y fue concedido a Rank Xerox limited. El modelo europeo dispone, a partir de 1992 de varias versiones sectoriales. En el sector público existen tres áreas desarrolladas, salud, educación y gobiernos locales y centrales. A principios de 1997 la EFQM lanza un modelo para Pymes. La autoevaluación implica un proceso de certificación interna por el que la organización revisa sus resultados.

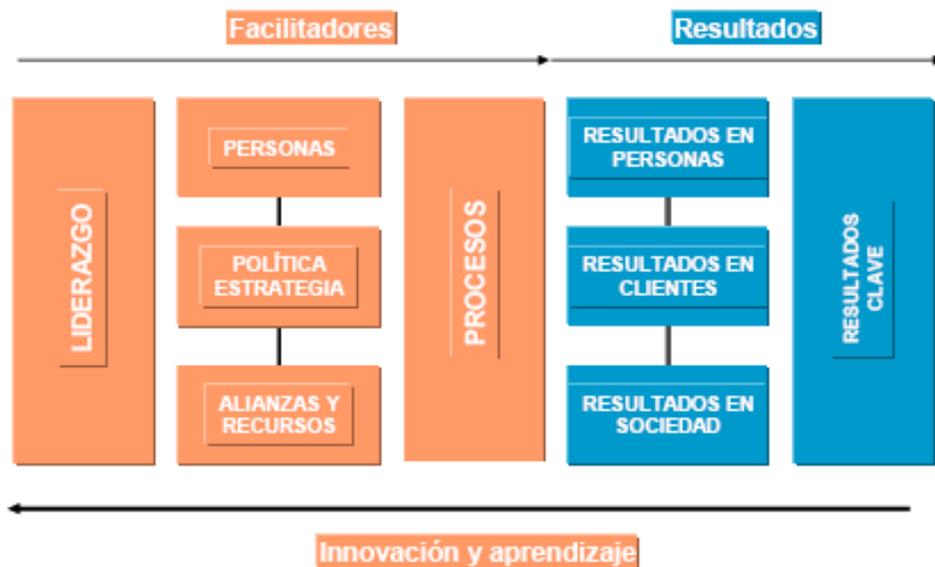


Figura 2: Adaptación del Modelo EFQM de Excelencia 2000 al sector Sanitario.

### Sistema de autoevaluación

La empresa debe evaluarse de acuerdo con el modelo, y de esa forma, detectar sus desviaciones, analizar los puntos de mejora y generar actividad para aumentar sus resultados (111).

El sistema se basa en puntuar cada subcriterio y así disponer de una evolución de la eficacia en el tiempo. En la autoevaluación el subcriterio deberá ser decidido por la empresa. La metodología normal para consensuar los subcriterios es construir una rueda de Deming, basada en el concepto (plan, do, check, act).

Los elementos que deben estar presentes, para la evaluación del subcriterio son:

**Resultados:** Es el punto fundamental: elegir los indicadores de calidad adecuados y las claves de la situación de la organización respecto a un estado deseado. Las características que deberán reunir los resultados son:

- Ser medibles y cuantitativos.
- Que indiquen tendencias respecto a periodos anteriores.
- Que sean comparables con otros.
- Que se midan respecto a objetivos.
- Que puedan ser representados gráficamente.
- Que sean fáciles de entender a efectos de comunicación y análisis.

### **Indicadores de calidad Asociados**

- Corresponde a hechos y datos que nos muestren un primer nivel de análisis de los resultados. Se podrá incluir dentro de este apartado:
  - Todos los datos que influyen en los resultados, pero que no han sido seleccionados como indicadores clave de la medición de un subcriterio. Deben ser expresados gráficamente (en lo posible).
  - Factores de contribución positiva o negativa que hayan favorecido o frenado los resultados.
  - Análisis de los resultados: Parteo, Espinas de pez, histogramas, etc.

### **Puntos fuertes y áreas de mejora:**

- Llevar a cabo un análisis de la situación, describiendo como se encuentra la organización respecto al subcriterio seleccionado (en la actualidad). Por un lado la compañía tendrá puntos fuertes, Ej. Fuerte liderazgo, presupuestos especiales, un proceso muy bien comunicado, etc. Por otro lado la empresa debe haber analizado donde puede mejorar, bien sea por tener resultados defectuosos en un área, o por haber detectado una oportunidad de mejora. Sería un ejemplo de mejora:

- La falta de comparación de la compañía con otras empresas, o dentro de la compañía, el no haber sometido un proceso determinado a análisis de mejora continua, la falta de formación de algunas personas

#### **Plan de acción:**

- Es la consecuencia del análisis de las áreas de mejora y oportunidad, de forma que se conviertan las áreas detectadas en acciones específicas. Sobre la elaboración de planes de acción se debe tener en cuenta:
  - Deben incluir pocas acciones.
  - Estas deberán estar cuantificadas.
  - Debe especificarse quién, con nombre y cargo específico como responsable de ejecutar la acción.
  - Concretar al máximo la acción: cuándo, dónde, qué hacer.
  - Las acciones deberán ser consensuadas con quien tiene que llevarlas a cabo.

Se deberá realizar una hoja resumen de la autoevaluación por criterios y subcriterios basados en un cuadrante que sigue los criterios de mejora continua de Deming .

Para cada grupo de criterios hay un conjunto de reglas de evaluación basadas en la llamada "lógica REDER" (112):

- Los resultados han de mostrar tendencias positivas, compararse favorablemente con los objetivos propios y con los resultados de otras organizaciones, estar causados por los enfoques de los agentes y abarcar todas las áreas relevantes.
- Los agentes han de tener un enfoque bien fundamentado e integrado con otros aspectos del sistema de gestión, su efectividad ha de revisarse periódicamente con objeto de aprender y mejorar, y han de

estar sistemáticamente desplegados e implantados en las operaciones de la organización.

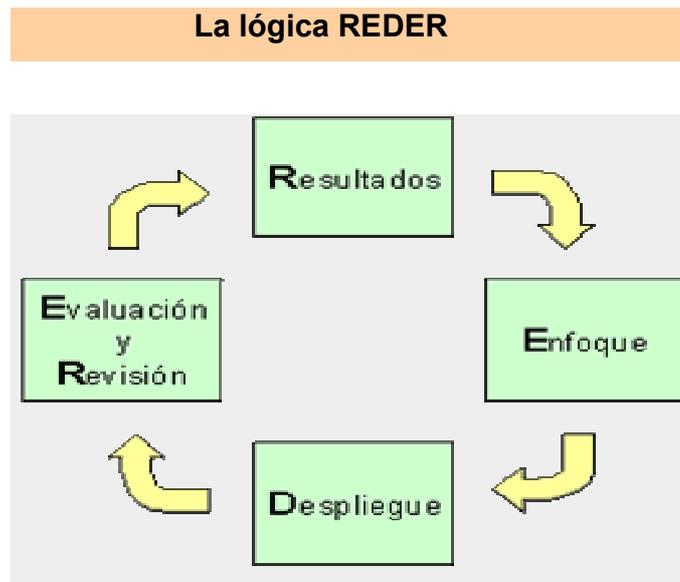


Figura 3: Lógica Reder

### **Resultados**

Lo que la organización consigue. En una organización excelente, los resultados muestran **tendencias** positivas o un buen nivel sostenido, los **objetivos** son adecuados y se alcanzan, los resultados **se comparan** favorablemente con los de otros y están **causados** por los enfoques. Además el **alcance** de los resultados cubre todas las áreas relevantes para los actores.

### **Enfoque**

Lo que la organización piensa hacer y las razones para ello. En una organización excelente, el enfoque será **sano** (con fundamento claro, con procesos bien definidos y desarrollados, enfocado claramente a

los actores) y estará **integrado** (apoyará la política y la estrategia y estará adecuadamente enlazado con otros enfoques).

### **Despliegue**

Lo que realiza la organización para poner en práctica el enfoque. En una organización excelente, el enfoque estará **implantado** en las áreas relevantes de **una forma sistemática**.

### **Evaluación y Revisión**

Lo que hace la organización para evaluar y revisar el enfoque y su despliegue. En una organización excelente, el enfoque y su despliegue estarán sujetos con regularidad a **mediciones**, se emprenderán actividades de **aprendizaje** y los resultados de ambas servirán para identificar, priorizar, planificar y poner en práctica **mejoras**.

## **Tabla de criterios:**

### **Agentes**

#### **🚩 Criterio 1: Liderazgo**

Se refiere a la responsabilidad ineludible de los equipos directivos de ser los promotores de conducir la organización hacia la excelencia.

Los líderes deben mostrar claramente su compromiso con la mejora continua, desarrollando la misión y la visión y actuando como modelo para el resto de la organización. Implicándose con los clientes y colaboradores y reconociendo los esfuerzos y logros de los empleados.

#### **🚩 Criterio 2: Política y estrategia**

Revisa en qué medida la misión, visión y valores de la organización, están fundamentadas en la información procedente de indicadores relevantes (rendimiento, investigación, creatividad y comparación con las mejores prácticas, etc.), así como en las necesidades y expectativas de clientes y

otros grupos de interés. También analiza la estructura de procesos que desarrollan la política y estrategia y cómo se transmite a toda la organización.

### **Criterio 3: Gestión del personal y de los conocimientos**

Considera la gestión de los recursos humanos de la organización y los planes que desarrolla para aprovechar el potencial de los profesionales. También estudia los sistemas de comunicación, reconocimiento y distribución de responsabilidades.

### **Criterio 4: Recursos y alianzas (partner ships)**

Evalúa cómo gestiona la organización los recursos más importantes (financieros, materiales, tecnológicos, información), con excepción de los Recursos Humanos, y las colaboraciones que establece con organizaciones externas

### **Criterio 5: Procesos enfocados a clientes**

Se refiere al diseño y gestión de los procesos implantados en la organización, su análisis y cómo se orientan a las necesidades y expectativas de los clientes.

## **Resultados:**

### **Criterio 6: Satisfacción del cliente**

Se refiere tanto a la percepción que los clientes tienen de la organización, medida a través de encuestas o contactos directos, como a los indicadores internos que contempla la organización para comprender su rendimiento y adecuarse a las necesidades de los clientes.

### **Criterio 7: Satisfacción del personal**

Se refiere a los mismos aspectos que el criterio anterior pero en referencia a los profesionales de la organización. De igual manera se contemplan medidas de percepción de la organización por parte de las personas que la integran, e indicadores internos de rendimiento.

### **Criterio 8: Impacto en la sociedad.**

Analiza los logros que la organización alcanza en la sociedad. Para ello considera la repercusión de la organización sobre el medioambiente, la economía, educación, bienestar, etc.

### **Criterio 9: Resultados de la empresa.**

Evalúa los logros de la organización respecto al rendimiento planificado, tanto en lo que se refiere a objetivos financieros como a los relativos a los procesos, recursos, tecnología, conocimiento e información.

#### ***Recomendaciones para realizar una autoevaluación efectiva:***

-  **Establecer** una dirección de actuación clara. Hay que saber lo que se busca y a donde dirigir los esfuerzos. El potencial de este modelo es la simplificación que nos muestra de la realidad, es complicado autoevaluar objetivos empresariales si no está claro lo que se entiende por Excelencia empresarial.
-  **Acordar** los procesos clave de la empresa mediante consenso con la alta dirección. Para lo cual también hay que tener una idea clara de las expectativas de nuestros clientes. Deben establecerse compromisos específicos, controlarlos y medirlos, asegurando la asignación adecuada de recursos para conseguir los objetivos.
-  **Conocer** la desviación de los resultados con referencia a los objetivos establecidos. Utilizar este dato para averiguar las causas reales de la

desviación información que permite detectar potenciales áreas de mejora.

- **Distinguir** entre la “mejora continua” y el “breakthrough”. La autoevaluación y la excelencia deben estar basadas en el proceso de mejora continua, pero el proceso utilizado debe permitir identificar cuando la mejora continua no es suficiente.
- **Integrar** la autoevaluación en el núcleo del proceso de gestión, que se convierta en el fundamento de la gestión de la empresa. Es importante contar con software integrado que de soporte al proceso de forma que ejecutando las operaciones la autoevaluación se obtenga ágilmente.
- **Actuar** sobre los resultados. Debe servir para priorizar las actividades planificadas.
- **Utilizar** un enfoque sistemático. Especialmente para empresas grandes.
- **Involucrar** al personal lo más posible. La planificación, implantación de la evaluación deberá ser realizada por personal propio.
- **En algún caso la aplicación de instrumentos** propios de la calidad total no ofrece el resultado esperado. Se deberá analizar cada cultura de la organización para aplicar los métodos adecuados.
- **Validar y certificar** los resultados. Para evitar la valoración inadecuada o subjetiva de ciertos elementos.
- **La alta dirección** deberá controlar la actuación de los mandos (deberá ser algo más que supervisores de la autoevaluación).
- **Utilizar la autoevaluación** como herramienta fiable de gestión, gracias a esta práctica todos los elementos relevantes de la gestión estarán controlados o por lo menos proporcionarán las bases adecuadas para llevar a cabo un proceso de inspección, dirección y apoyo a la mejora continua basado en la información fiable dejando de lado percepciones intuitivas o aleatorias. No es un modelo prescriptivo, no nos indica que

hacer con respecto a una situación u otra. Es una herramienta más dentro de un proceso de mejora continua. Es trabajo de cada equipo elaborar los planes de mejora.

### **LA JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (87), (86), (89).**

La Joint Comisión Internacional Accreditation (JCIA) (113), fue creada en 1994, por la JCAHO y la Quality Healthcare Resources Inc (114) que era una empresa filial de la JCAHO, cuyo nombre en estos momentos es Joint Commission Resources Inc.

La Joint Commission evalúa y acredita a más de 19000 organizaciones y programas sanitarios en los EE.UU. La Joint Commission es una organización sin ánimo de lucro e independiente. Desde 1951, la Joint Commission viene determinando los estándares de calidad en el sector sanitario.

El objetivo de la JC es promover continuamente la seguridad y la calidad asistenciales ofertadas a la población. Para ello, se acreditan servicios sanitarios en aras a su mejora.

La JC evalúa y acredita distintos tipos de organizaciones sanitarias. Entre los mencionados tipos, se encuentran: la asistencia general, psiquiatría, hospitales de rehabilitación e infantiles, redes de asistencia, organizaciones de asistencia domiciliaria, centros asistenciales, residencias asistidas, organizaciones de salud mental, proveedores de asistencia ambulatoria y laboratorios clínicos.

Los estándares de la JC abordan los niveles de actuación de la organización en sus distintas áreas funcionales, incluyendo los derechos del paciente. Los estándares abarcan tanto lo que la organización “tiene”, como los que “hace”. Los estándares marcan el camino a conseguir en actividades que afectan la calidad asistencial. Se considera que si una organización realiza las acciones

correctas y lo hace bien, es muy probable que los pacientes obtengan mejoría. La JC ha desarrollado sus estándares contando con expertos sanitarios, proveedores, especialistas en evaluación, compradores de servicios y consumidores.

En nuestro país la Fundación Avedis Donabedian (FAD) (115) realiza en colaboración con la Joint Commission las funciones de preparación e inspección para que una institución sanitaria pueda conseguir la acreditación. Con periodicidad anual, la Joint Comisión edita los estándares para los hospitales de EE.UU. que se van actualizando. Además esta institución tiene una división internacional que también edita el libro de sus estándares que se pueden adaptar mejor en países fuera de EE.UU. y que además está traducido al español.

### **Clasificación de funciones**

A continuación se exponen y explican las funciones y los estándares de la división internacional de la Joint Comisión

#### **✚ Sección I: Estándares centrados en el paciente**

Acceso a la Asistencia y Continuación de la Asistencia

- Derechos del Paciente y de la Familia.
- Evaluación de los Pacientes.
- Asistencia a los Pacientes.
- Educación del Paciente y de la Familia.

#### **✚ Sección II: Estándares de Gestión de la Organización Sanitaria**

- Gestión y Mejora de la Calidad.
- Prevención y Control de la Infección.
- Gobierno, Liderazgo y Dirección.
- Seguridad y Gestión de las Instalaciones.
- Educación y Cualificaciones del Personal.
- Gestión de la Información.

Una de las principales características de este sistema de acreditación es que va dirigida a los pacientes. Sus elementos de medición señalan en muchas ocasiones puntos críticos para su seguridad. No acredita departamentos o servicios clínicos por separado sino que obliga a trabajar en equipo a los diferentes especialistas de los centros sanitarios para conseguir mejorar la calidad de la asistencia.

Este aspecto es muy positivo ya que con relativa frecuencia, diferentes servicios trabajan en las instituciones sanitarias con distintos objetivos. Trabajar con los estándares de la Joint Commission obliga a funcionar en equipo a todos los profesionales implicados para conseguir una mejor asistencia a los pacientes.

### **Estructura del manual de estándares de acreditación de hospitales 2000 de la JCIA:**

#### **✚ Estándares centrados en los pacientes**

- Accesibilidad y continuidad de la atención.
- Derechos del paciente y su familia.
- Evaluación del paciente.
- Atención al paciente.
- Educación del paciente y su familia.

#### **✚ Estándares de gestión de la Organización Sanitaria**

- Gestión y mejora de la calidad.
- Prevención y Control de la infección.
- Órganos de Gobierno, Liderazgo y Dirección.
- Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
- Formación y cualificaciones del personal.
- Gestión de la información.

## **MODELO AMERICANO**

### **El modelo norteamericano Malcolm Baldrige (90), (91).**

Modelo de excelencia creado en Estados Unidos en el año 1987, para promover el conocimiento y el uso sobre la gestión de la Calidad Total y para reconocer formal y públicamente a las compañías de Estados Unidos, que tienen buenos sistemas de gestión implantados. Bajo esta creencia de que la Calidad Total - Excelencia es necesaria para que las organizaciones puedan competir en el mercado internacional, surge el proyecto del Premio Nacional de la Calidad en Estados Unidos, llamado "Malcolm Baldrige".

El premio Malcolm Baldrige se basa en la evaluación de los siguientes criterios:

#### **Liderazgo.**

- Planeamiento estratégico.
- Enfoque de cliente y mercado.
- Información y análisis.
- Enfoque del recurso humano.
- Gestión de procesos.
- Resultados del negocio.

Vamos a comentar brevemente acerca de cada uno de ellos para, posteriormente, señalar los pesos que les son asignados. De cualquier manera, es importante observar que se incorpora al planeamiento estratégico como un criterio relevante lo que viene a confirmar la importancia de este aspecto en el mercado global, así como, que la gestión de procesos no es sino uno más, entre siete criterios, lo que establece tan sólo una importancia relativa a los términos de Reingeniería o de ISO 9000.

También se premia la calidad de la información para el análisis y manejo de la empresa, el tratamiento al recurso humano, el estilo de manejo de clientes y mercado y muy importantes los resultados reales del negocio. Tal vez este último punto resulte ser el más destacado para la evaluación de un negocio. ¿De qué vale tener un excelente planeamiento estratégico, haber culminado exitosamente una reingeniería de los procesos o tener una certificación ISO 9000 cuando la empresa está quebrando? Vale la pena meditar sobre este punto, sin embargo, lo más probable es que si tenemos un excelente planeamiento, una exitosa reingeniería y una certificación ISO, tengamos unos excelentes resultados. Todo es un conjunto integrado, lo que hay que entender es que, de acuerdo a este enfoque, el éxito debe estar asociado a todos los factores y no solamente a algunos.

#### **Criterios:**

##### **Liderazgo**

El concepto de Liderazgo está referido a la medida en que la Alta Dirección establece y comunica al personal las estrategias y direccionamiento empresarial y busca oportunidades. Incluye el comunicar y reforzar los valores institucionales, las expectativas de resultados y el enfoque en el aprendizaje y la innovación. Asimismo, incorpora la participación de la Alta Dirección en las revisiones de resultados y rendimientos y su uso en la práctica para el mejoramiento de las operaciones.

Por otra parte, el liderazgo también tiene que ver con el manejo de la empresa de las responsabilidades con el público y la medida en que participa en aspectos relevantes para la comunidad.

### **Planeamiento estratégico**

Se establece sobre la forma cómo la compañía desarrolla sus estrategias críticas y los planes de acción que apoyan a dichas estrategias, así como la implementación de dichos planes y el control de su desarrollo y resultados.

En lo que se refiere al proceso de desarrollo de las estrategias, se evalúa si incluye a los clientes y sus expectativas, el entorno competitivo, las capacidades y necesidades en recurso humano, las capacidades en infraestructura, tecnología, investigación y desarrollo y las capacidades de asociados y proveedores. También cubre una proyección de indicadores clave de rendimiento, con una adecuada comparación con la competencia y/o Benchmarking (116).

### **Enfoque de clientes y mercado**

En este criterio se examina en qué medida la empresa identifica y evalúa los requerimientos, expectativas y preferencias del mercado y de los clientes, así como la forma en que construye o refuerza sus relaciones con estos y revisa permanentemente su grado de satisfacción.

Por una parte se considera el conocimiento del mercado, o sea, la forma como la empresa determina requerimientos de largo plazo, expectativas y preferencias de los clientes actuales o potenciales, tomando en cuenta la forma como la compañía usa la información para comprender y anticipar las necesidades y desarrolla oportunidades de negocio.

Por otra parte, se establece cómo la compañía maneja la mejora del grado de satisfacción de sus clientes de sus servicios actuales. Esto tiene que ver con tres grandes aspectos: el manejo de las quejas, la determinación de la

satisfacción del cliente y el reforzamiento de la relación de negocios con este.

### **Información y análisis**

En este aspecto se revisa la selección, captura, gestión y efectividad en el uso de los datos y de la información que soporta a los procesos críticos y a los planes de acción

Este criterio toma en cuenta a los principales tipos de información, financiera y no financiera, la forma en que esta es entregada a los usuarios de manera de permitir una efectiva gestión y evaluación de los procesos clave del negocio, la búsqueda de fuentes para el logro de datos comparativos que refuercen el conocimiento del negocio, del mercado y estimulen la innovación. Pero, sobre todo, se toma en consideración la medida en que la información sirve para revisar el rendimiento global y permite evaluar el progreso de los planes y metas y para la identificación de áreas clave candidatas para mejora.

### **Enfoque del recurso humano**

Este es un aspecto muy importante dentro de la metodología de evaluación del MALCOLM BALDRIGE, que se basa en tres grandes áreas:

- Los sistemas de trabajo (comunicación, cooperación.
- Conocimiento, grado en que los procesos promueven la iniciativa y la responsabilidad, flexibilidad y el reconocimiento.
- Compensación a los trabajadores), educación, entrenamiento y desarrollo del personal y bienestar y satisfacción de este.

### **Gestión de procesos**

Otro elemento de la mayor importancia, en el que se examinan los aspectos clave de la gestión de procesos, incluyendo su diseño orientado al cliente, la distribución de productos y servicios, el soporte post-venta y los procesos relacionados con los proveedores y asociados.

En realidad este aspecto tiene que ver con un conocimiento y diseño de los procesos clave, tanto en su aspecto netamente procedimental como en lo que se refiere a la tecnología utilizada como soporte, buscando la optimización de los resultados, la transferencia interna del conocimiento, los aspectos de prueba orientados a la eliminación de problemas y al cumplimiento de los tiempos de entrega. Este es el criterio más cercano a los requerimientos señalados en la norma ISO 9000.

### **Resultados del negocio**

Este es el criterio de mayor peso dentro del modelo de evaluación del premio MALCOLM BALDRIGE. Se basa en los siguientes resultados:

- Satisfacción del cliente
- Financieros y de posicionamiento en el mercado
- Bienestar y desarrollo del personal
- Proveedores y asociados
- Rendimiento operativo específico de la empresa

## Las puntuaciones asociadas

Para su referencia vamos a presentar en la lista siguiente las puntuaciones máximas asignadas a los criterios antes descritos:

- Liderazgo 110 puntos
- Planeamiento Estratégico 80
- Enfoque de cliente y mercado 80
- Información y análisis 80 "
- Enfoque del Recurso Humano 100 "
- Gestión de procesos 100 "
- Resultados del negocio 450 "

Como puede comprobarse, estos puntos totalizan 1000 puntos como máximo, que corresponderían a una empresa óptima según este modelo de evaluación.

Al margen de este modelo, es necesario tener en cuenta, como **Estados Unidos** ha tomado la delantera en el aprovechamiento de las posibilidades tecnológicas para el diagnóstico de problemas de organización. El último avance es un programa denominado Patient Safety Indicators (117), creado por la Agency for Healthcare Research and Quality para dotar a los centros de una herramienta que coteje sus indicadores con la mejor evidencia científica, señalando las áreas de mejora.

La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (118), de Estados Unidos, pondrá a disposición de los centros norteamericanos después del verano una nueva herramienta para comprobar los indicadores de calidad hospitalarios. Se trata de un software diseñado para testar el volumen de actividad y ayudar a los profesionales a determinar cuáles son las áreas que

necesitan mejoras. La AHRQ ha bautizado el programa con el nombre Patient Safety Indicators. “Hemos desarrollado este programa para ayudar a los centros a ofrecer una asistencia de mayor calidad. La base de cualquier mejora debe ser una medida rigurosa que se pueda trasladar a la atención clínica”, ha explicado Carolyn Clancy directora de la AHRQ.

El software utiliza los datos captados por los sistemas de información de los centros para cotejarlos con los indicadores que marcan la mejor evidencia científica. Actualmente contiene el perfil diagnóstico de 13 patologías y procedimientos hospitalarios y utiliza las tasas para nueve procesos terapéuticos. Incluye criterios para el tratamiento de pacientes ingresados por infarto agudo de miocardio o fractura de cadera o intervenciones quirúrgicas como las reparaciones de neurisma aórtico abdominal o la colocación de un by-pass en las arterias coronarias, entre otras.

El instrumento informático ofrece también una serie de cuestionarios para obtener información sobre la sobreutilización o la infrautilización, así como el uso erróneo de recursos sanitarios en patologías concretas, como las cesáreas o las angioplastias coronarias percutáneas transluminales.

Según la agencia estadounidense, los centros podrán beneficiarse de esta información para fijar sus propias áreas de investigación y desarrollo de programas específicos de mejora para un perfil determinado, ya que el Patient Safety Indicators no está personalizado para todas las posibles situaciones clínicas. Esta iniciativa forma parte de un proyecto global de la AHRQ para dotar a los centros sanitarios de nuevas herramientas de mejora de la práctica.

Su origen está en el Healthcare Cost and Utilization Project Quality Indicators (119),(120) un programa destinado al establecimiento de un criterio general de medida de la asistencia cuya primera aportación fue un software denominado Prevention Quality Indicators y que ha servido como referencia para el diseño de esta nueva herramienta. La Universidad de San Francisco en Stanford ha

participado en la creación de este instrumento a través de su Centro de Práctica basada en la Evidencia, una institución docente dedicada a la investigación de la excelencia asistencial.

**Los centros de Estados Unidos preparan sus propios estándares:**

La American Hospital Association (AHA) y la Federation of American Hospitals (FAH) (121), que entre los dos representan a alrededor de 3.000 hospitales de Estados Unidos, están trabajando en el diseño de una serie de criterios y estándares de calidad para garantizar la seguridad de los pacientes durante su ingreso en los centros estadounidenses.

The Leapfrog Group, una corporación que engloba la mayoría de las grandes corporaciones empresariales de los Estados Unidos, y los centros federales Medicare y Medicaid, principales contratadores de estos hospitales, ven con buenos ojos esta iniciativa, aunque ya están ultimando sus propios estándares, que deberán ser aplicados por los hospitales si quieren seguir recibiendo financiación.

Los centros han mostrado su temor a que la asunción de estos criterios provoque una fractura de su contabilidad, ya que tanto el coste de implantación como de mantenimiento correrían a cargo de los hospitales.

La propuesta de The Leapfrog Group (122), para reducir los errores en la administración de fármacos se basa en la automatización de la prescripción, una práctica relativamente extendida y que ha demostrado tener unos buenos resultados. El problema es que los centros que lo han puesto en práctica contaban con un financiador detrás dispuesto a asumir su coste. Los hospitales consideran que el coste de mantenimiento de estos sistemas diluirá los posibles beneficios que se hayan podido obtener.

Un estudio reciente ha señalado que el coste de instalación de un sistema informático sería de 1,9 millones de dólares, (1,62 millones de euros) con unos costes de mantenimiento de 500.000 dólares por año (440.000 euros), que muchos hospitales no serían capaces de sostener.

La conclusión es que aumentaría la efectividad del sistema, pero a un precio muy alto, lo que no ayudaría a resolver el problema, sino a moverlo de lugar. Los hospitales han afirmado que en esas condiciones no pueden aceptar este tipo de sistemas, pero que están abiertos a un aprovechamiento más realista de los servicios.

La vicepresidente de AHA, ha comentado la importancia de contar con buenos sistemas de información. “El reto está en trasladar al profesional la mejor información que tengamos, para que pueda tomar la decisión más acertada. Al final del día, los pacientes y sus familias deben poder sentirse seguros” (123),(124).

La iniciativa de las dos principales asociaciones de hospitales de Estados Unidos para crear un estándar de calidad está motivada ante todo por su deseo de asegurar la asistencia y la seguridad del paciente, pero existen otros condicionantes. Los hospitales de Estados Unidos no están dispuestos a asumir un esquema de trabajo que acabe con su sostenibilidad económica. Los principales financiadores (El privado The Leapfrog Group y los estatales Medicare y Medicaid) quieren imponer el cumplimiento de un estándar como requisito para la firma de un contrato de asistencia y los hospitales no están por la labor.

### **MODELO JAPONÉS O DEMING (95), (96).**

Desarrollado en Japón en 1951, por la Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (JUSE). Es la aplicación de las teorías japonesas del control de la calidad en el conjunto de la empresa.

La evaluación en este modelo tiene como principal objetivo comprobar que mediante la implantación del control de calidad en toda la organización, se obtengan buenos resultados. La producción es vista como un sistema, por lo

que la mejora de la calidad abarca a toda la línea de producción, desde la recepción de los materiales hasta el consumidor (que se sitúa como la pieza más importante). La calidad se debe orientar a las necesidades de los consumidores presentes y futuros (125).

**Los criterios de evaluación utilizados son:**

- Políticas, planificación y objetivos.
- Organización y operativa.
- Formación, educación y su difusión.
- Flujo de información y su utilización.
- Calidad de productos y procesos.
- Estandarización.
- Gestión y control.
- Garantía de calidad de funciones, sistemas y métodos.
- Resultados e impacto.

**El modelo establece catorce puntos:**

- Ser constante en el propósito de mejorar el producto y el servicio.
- Adaptar la organización a la nueva filosofía.
- Evitar y dejar la dependencia de la inspección masiva de productos.
- Comprar en base a la calidad y no por precio. Estrechar lazos con los proveedores.
- Mejorar continuamente en todos los ámbitos de la organización.
- Impulsar la formación y el entrenamiento de los trabajadores.
- Adoptar e implantar el liderazgo.
- Desechar el miedo para que las personas trabajen seguras.
- Derribar las barreras entre departamentos.

- Eliminar eslóganes y consignas.
- Eliminar estándares de trabajo, incentivos y trabajo a destajo.
- Eliminar las barreras que privan a la gente de estar orgullosa de su trabajo.
- Poner a trabajar a todos para realizar esta transformación, aplicando el método de mejora continua PDCA.
- Estos puntos sirven tanto para las pequeñas organizaciones como las más grandes, empresas de servicios y las de fabricación.

El premio Deming lo otorga de manera anual la JUSE a la empresa que logra la mejor aplicación de la calidad. Todo esto ha sido fundamental para el desarrollo en Japón de la cultura de la Calidad Total (126).

Fue el primer reconocimiento de su género y se instauró para destacar la labor de individuos y organizaciones que han demostrado un nivel sostenido en la práctica del control total de calidad. Se entrega en tres categorías: el otorgado a individuos, el de aplicación (concedido a organizaciones de cualquier tipo) y el de fábrica (para plantas manufactureras).

El premio en general evalúa 6 áreas que cubren todo el sistema administrativo de la empresa (Imai, 1989) (127), (128).

- Política de la compañía: Se localiza la congruencia entre las políticas de la compañía y los principios de control total de calidad y todos los procedimientos en general.
- Organización y administración.
- Educación y extensión: Se enfoca en los programas educativos que se ofrecen a los empleados en forma sistemática, la efectividad de los mismos, la extensión hacia los proveedores y la operación de sistemas de sugerencias.
- Ejecución del programa de control total de calidad: Se evalúan las actividades realizadas para asegurar la calidad en los procesos claves

de todas las áreas. Estos procedimientos se orientan hacia el control de costos, compras, inventarios, etc.

- Impacto del control total de la calidad: El efecto que ha tenido en la organización la introducción del programa de control total de calidad.

Planes futuros: Se concentra en determinar si la empresa conoce sus fuerzas y debilidades actuales, y si con base en ello ha desarrollado planes para continuar con el programa de control de calidad.

### **MODELO IBEROAMERICANO DE EXCELENCIA EN LA GESTIÓN FUNDIBEQ (97), (98).**

A principios de 1999, en Cartagena de Indias (Colombia), se celebró una Convención en la que participaron 80 representantes de 17 países iberoamericanos donde se logró consensuar, entre otros documentos, el Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión.

El Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión se compone de nueve criterios divididos en cinco procesos clave, Procesos Facilitadores, y cuatro Criterios de Resultados (129), (130).

Los “**Procesos Facilitadores**” cubren todo aquello que una organización hace y la forma en que lo hace. Los criterios “**Resultados**” cubren aquello que una organización consigue. Los “**Resultados**” son causados por la gestión realizada.

**EDICION 2005**  
**MODELO IBEROAMERICANO**  
**DE EXCELENCIA EN LA GESTION**

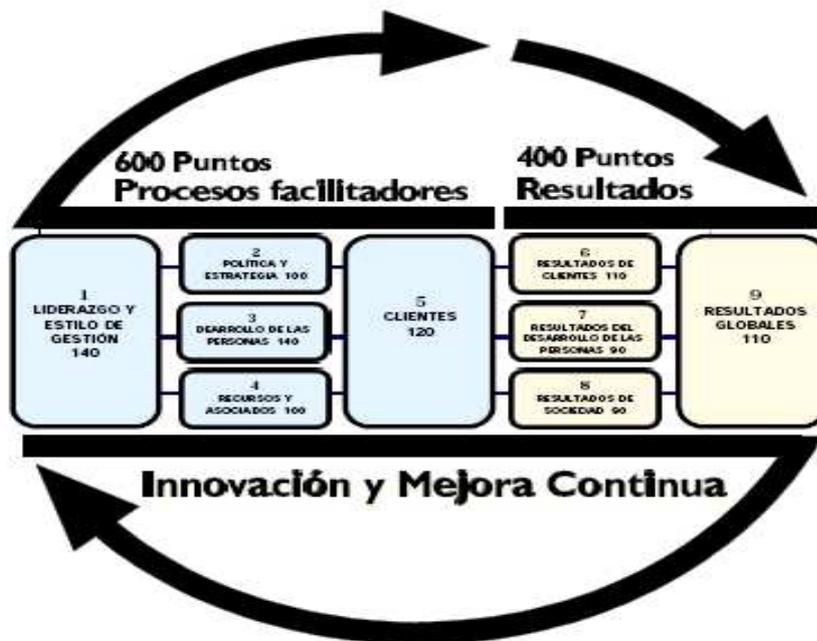


Figura 4: Modelo IBEROAMERICANO de excelencia en la gestión. 2005

**Procesos facilitadores:**

**🚩 liderazgo y estilo de gestión (140 puntos)**

Analiza cómo se desarrollan y se ponen en práctica la cultura y los valores necesarios para el éxito a largo plazo, mediante adecuados comportamientos y acciones de todos los líderes. Estudia cómo se desarrolla y se pone en práctica la estructura de la organización, el marco de los procesos y su sistema de gestión, necesario para la eficaz ejecución de la política y la estrategia.

**Subcriterios**

El liderazgo y estilo de gestión abarca diversos conceptos fundamentales que deben ser analizados, y que están representados por los siguientes Subcriterios:

- Los líderes demuestran visiblemente su compromiso con una cultura de Excelencia Empresarial
- Los líderes están implicados con personas de la propia organización o de fuera de la misma, para promover y desarrollar las necesidades y expectativas de los grupos de interés involucrados en la organización
- La estructura de la organización está desarrollada para sustentar la eficaz y eficiente aplicación de la política y la estrategia, en armonía con los valores y la cultura de la misma
- Los procesos se gestionan y se mejoran sistemáticamente.

#### **Política y estrategia (100 puntos)**

Analiza cómo la organización desarrolla su Misión y su Visión y las pone en práctica a través de una clara Estrategia orientada hacia los distintos agentes y personas con quien interactúa, y está apoyada con programas adecuados.

#### **Subcriterios**

La Política y Estrategia abarca diversos conceptos que deben ser abordados y que están representados por los siguientes Subcriterios:

- La Política y Estrategia está basada en las necesidades presentes y futuras y en las expectativas de los grupos de interés involucrados, orientándose hacia el mercado
- La Política y Estrategia está basada en información obtenida por mediciones del cumplimiento y por actividades relacionadas con la investigación y la creatividad
- La Política y Estrategia se desarrolla, evalúa, revisa y mejora.
- Cómo se comunica la Política y la Estrategia

### **Desarrollo de las personas (140 puntos)**

Analiza cómo la organización desarrolla, conduce, y hace aflorar el pleno potencial de las personas, de forma individual, en equipo o de la organización en su conjunto, con el fin de contribuir a su eficaz y eficiente gestión.

#### **Subcriterios**

El Criterio “Desarrollo de las personas” abarca diversos conceptos que **deben** ser analizados y que están representados por los siguientes Subcriterios:

- Las personas: planificación y mejora
- Desarrollo de la capacidad, conocimientos y desempeño del personal
- Comunicación y cualificación de las personas
- Atención y reconocimiento a las personas

### **Recursos y asociados (100 puntos)**

Analiza cómo la organización gestiona sus recursos internos, por ejemplo: los financieros, de información, de conocimientos, tecnológicos, de propiedad intelectual, materiales y recursos externos, incluidas las asociaciones con proveedores, distribuidores, alianzas y órganos reguladores, con el fin de apoyar la eficiente y eficaz gestión de la misma.

#### **Subcriterios**

Recursos y Asociados abarcan diversos conceptos que deben ser analizados y que están representados por los siguientes Subcriterios:

- Gestión de los recursos financieros
- Gestión de los recursos de información y conocimientos
- Gestión de los inmuebles, equipos, tecnología y materiales
- Gestión de los recursos externos, incluidos asociados.

### **Clientes (120 puntos)**

Analiza cómo la organización diseña, desarrolla, produce y sirve productos y servicios, y cómo gestiona las relaciones, con el fin de satisfacer plenamente las necesidades y expectativas de sus clientes actuales y futuros

#### **Subcriterios**

Cientes abarca diversos conceptos que deben ser analizados y que se encuentran representados por los siguientes Subcriterios:

- Se identifican las necesidades y expectativas de los clientes respecto a productos y servicios
- Se diseñan y desarrollan productos y servicios
- Se fabrican, suministran y mantienen productos y servicios
- Se cultivan y mejoran las relaciones con los clientes

#### **Resultados**

Los resultados cubren aquello que una organización consigue y son causados por la gestión realizada.

### **Resultados de clientes (110 puntos)**

Lo que está consiguiendo la organización en relación con sus clientes externos

- **Medidas de la Percepción**

Se trata de medidas de las percepciones de los clientes (obtenidas, por ejemplo, a través de encuestas entre los clientes, grupos de convergencia, calificaciones de los vendedores, elogios, quejas) y, dependiendo de los fines de la organización, pueden incluir las relativas a:

- ✓ **imagen global:** accesibilidad; comunicación; flexibilidad; comportamiento proactivo; sensibilidad. productos y servicios:

calidad; valor; fiabilidad; innovación de diseño; servicio; perfil medioambiental.

- ✓ **ventas y servicio posventa:** competencia y comportamiento de los empleados; literatura de ventas y documentación técnica; tratamiento de las quejas; entrenamiento con el producto; tiempo de respuesta; apoyo técnico; garantía y prestaciones de garantía. lealtad: intención de realizar nuevas compras; deseo de comprar otros productos y servicios de la organización; deseo de recomendar la organización.

- ***Medidas del Desempeño***

Estas son las medidas utilizadas internamente por la organización con el fin de controlar, comprender, prevenir y mejorar el desempeño de la organización y la percepción de los clientes externos. Dependiendo de los fines de la organización, las medidas pueden incluir las relativas a:

- ✓ **imagen global:** número de premios y distinciones; cobertura por la prensa. productos y servicios: competitividad; proporción de defectos, errores y rechazos; prestaciones de garantías en los productos y servicios; garantía y prestaciones de garantía; indicadores logísticos; ciclo de vida del producto; innovación en diseño; sellos de aprobación o etiquetas ambientales; tiempo de lanzamiento de nuevos productos.; ventas y servicio posventa: demanda de entrenamiento; tratamiento de las quejas; proporción de respuestas.
- ✓ **lealtad:** cuota de mercado; duración de la relación; recomendaciones eficaces; frecuencia / valor de los pedidos; valor de tiempo de vida; número de quejas; operaciones nuevas o perdidas; operaciones repetidas.

## 🚩 **Resultados del desarrollo de las personas (90 puntos)**

Lo que está consiguiendo la organización en relación con el desarrollo de las personas.

- **Medidas de la Percepción**

Estas medidas son de las percepciones del personal (obtenidas, por ejemplo, de encuestas, grupos de convergencia, entrevistas, apreciaciones estructuradas) y pueden incluir las relativas a:

- ✓ **Motivación:** desarrollo de carrera; comunicación; delegación; igualdad de oportunidades; *involucración*; liderazgo; oportunidad de aprender conseguir; reconocimiento; fijación de objetivos; apreciación; misión, visión, valores, política; estrategia de la organización; entrenamiento; educación.
- ✓ **Satisfacción:** administración de la compañía; condiciones de empleo; facilidades y servicios; condiciones de salud y seguridad; seguridad en el empleo; paga y beneficios; relaciones con los semejantes; la gestión del cambio; la política medioambiental de la organización y el impacto sobre el medio ambiente; papel de la organización en la comunidad y la sociedad; el ambiente de trabajo.

- **Medidas del Desempeño**

Estas son las medidas utilizadas internamente por la organización con el fin de medir, comprender, prevenir y mejorar el desempeño del personal de la organización y sus percepciones. Las medidas pueden incluir las relativas a:

- ✓ **Motivación e implicación:** involucración en equipos de mejora; involucración en planes de sugerencias; niveles de entrenamiento y desarrollo; ventajas medibles del trabajo en equipo; apreciación de

individuos y equipos; proporción de respuestas a las encuestas entre el personal.

- ✓ **Satisfacción:** absentismo y bajas por enfermedad; niveles de accidentes; quejas; tendencias de reclutamiento; rotación de personal; huelgas; utilización de las facilidades ofrecidas por la organización (por ej.: actividades de ocio, guardería); servicios prestados al personal de la organización
  
- ✓ **Exactitud de la administración de personal**
  
- ✓ **Eficacia de la comunicación**
  
- ✓ **Rapidez de la respuesta a las consultas**
  
- ✓ **Evaluación del entrenamiento**

#### **Resultados de sociedad (90 puntos)**

Lo que la organización está consiguiendo en cuanto a satisfacer las necesidades y expectativas de la sociedad local, nacional e internacional (según proceda).

#### **Medidas de la Percepción**

Estas medidas son de las percepciones por parte de la sociedad (obtenidas, por ejemplo, de encuestas, informes, reuniones públicas, representantes públicos, autoridades del gobierno) y, dependiendo de los fines de la organización, pueden incluir las relativas a:

- ✓ **desempeño como un responsable ciudadano corporativo:** revelación de información relevante para la comunidad; prácticas de igualdad de oportunidades; impacto sobre las economías local y nacional; relaciones con las autoridades relevantes.

- ✓ **involucración y compromiso en las comunidades donde opera:** implicación en la educación y la formación; apoyo para la provisión médica y de bienestar; apoyo para las actividades de deportes y ocio; trabajo voluntario y filantropía.
- ✓ **actividades para reducir o prevenir molestias o peligros derivados de sus operaciones y/o dentro del ciclo de vida de sus productos:** riesgos para la salud y accidentes; ruido y malos olores; peligros (seguridad); polución y emisiones tóxicas.
- ✓ **informe sobre actividades para colaborar a la preservación y mantenimiento de recursos:** elección del modo de transporte; impacto ecológico; reducción y eliminación de residuos y embalajes; sustitución de materias primas u otros insumos; utilización de la energía, materiales vírgenes y reciclados.
- ✓ **distinciones y premios recibidos**

- ***Medidas del Desempeño***

Estas son las medidas utilizadas internamente por la organización con el fin de controlar, comprender, prevenir y mejorar el desempeño de la organización y la percepción de la sociedad. Dependiendo de los fines de la organización, las medidas pueden incluir las relativas a los aspectos relacionados en Medidas de la Percepción, así como los siguientes:

- ✓ **tratamiento de los cambios en niveles de empleo.**
- ✓ **relaciones con las autoridades respecto a cuestiones tales como:** certificación; autorización; planificación; lanzamiento de productos.
- ✓ **uso de planteamientos formales de sistema de gestión** (por ejemplo: gestión medioambiental y sistema de auditoría).
- ✓ **integración de los intereses de la sociedad en las operaciones de negocios**, con el fin de mejorar la satisfacción de los clientes, del personal y de los accionistas.

## 🚩 **Resultados globales (110 puntos)**

Lo que está consiguiendo la organización en relación con su proyectado desempeño, y en la satisfacción de las necesidades y expectativas de cuantos tienen un interés financiero o de otra índole en la misma.

- **Medidas de la Percepción**

Estas medidas son de las percepciones de todos aquellos (salvo aspectos cubiertos por otros criterios) que tienen un interés financiero o de otra índole en la organización; por ejemplo: accionistas, instituciones financieras, compañías matrices, asociados o alianzas, proveedores, autoridades locales, gobiernos (obtenidas, por ejemplo, a través de encuestas, grupos de convergencia, apreciaciones estructuradas, evaluaciones) y, en función de qué partes interesadas se trate, pueden incluir las relativas a:

- ✓ **Imagen global;** desempeño global; lealtad; compromiso; comunicaciones; implicación; política y estrategia; oportunidades de innovación y aprendizaje; cultura y estilo de liderazgo.

- **Medidas del Desempeño**

Estas medidas son las de carácter económico y operativo que utiliza la organización para controlar, comprender, prever y mejorar el desempeño de la organización y las percepciones de las partes interesadas en la misma (salvo aspectos cubiertos por otros criterios). Dependiendo de los fines de la organización, de sus accionistas y de sus procesos, las mediciones pueden incluir las relativas a:

- **Desempeño financiero**

- ✓ **Elementos de la cuenta de Pérdidas y Ganancias,** incluyendo: márgenes brutos beneficio neto; ventas.

- ✓ **Elementos del balance**, incluyendo: endeudamiento a largo plazo; fondo de accionistas; activo total; capital circulante (incluido inventario).
- ✓ **Elementos del flujo de caja**, incluyendo: gasto de capital; flujos de caja financieros; flujo de caja de explotación.
- ✓ **Otros indicadores relevantes**, incluyendo: rendimiento del neto patrimonial; rendimiento de fondos propios; valoración de solvencia; valor para el accionariado a largo plazo (rendimientos totales accionistas); valor añadido.
- **Desempeño no financiero**
- ✓ **Desempeño global**: cuota de mercado; tiempo desde el diseño / idea hasta el mercado (“Time to market”).
- ✓ **Procesos**: producción; desempeño; despliegue; emulación; evaluaciones; innovaciones; mejoras.
- ✓ **Información y conocimiento**: accesibilidad; integridad; relevancia; oportunidad; utilización y distribución del conocimiento; valor de la propiedad intelectual.
- ✓ **Recursos externos**, incluidas asociaciones: desempeño de proveedores; número y valor añadido de asociaciones; número y valor añadido de productos innovadores y soluciones de servicios generados con los asociados; número y valor añadido de mejoras conjuntamente llevadas a cabo con los asociados; reconocimiento de las contribuciones de los asociados.
- ✓ **Inmuebles, equipos, tecnología y materiales**: amortización; costes de mantenimiento; porcentaje de defectos; patentes; rotación de existencias; consumo de suministros de servicios públicos; utilización.

**MODELO INGLÉS (KING’S FOUNDATION) DE ACREDITACIÓN DEL HEALTH QUALITY SERVICE (84),(85).**

La King’s Fund fue creada en 1897 como una fundación cuyo fin era sustentar económicamente a los hospitales de beneficencia de Londres.

Hasta 1948, fecha en la que se crea el servicio público de salud británico (NIH, National Institute of Health Ne LH es la Biblioteca Virtual del Servicio de Salud Inglés, que facilita el acceso a un importante volumen de recursos electrónicos. El buscador de GPC (NeLH Guidelines Finder) contiene más de 2000 GPC elaboradas en el Reino Unido provenientes de: The National Institute for Clinical Excellence (NICE), Medendum Group Publishing eGuidelines (acceso mediante suscripción), Prodigy Guidance, Public Health Laboratory Service - Advice and Guidelines, SIGN Clinical Guidelines, BMJ. Collected Resources: Guidelines **(131)**.

La fundación se dedicó al desarrollo equitativo de los servicios de salud en el área de Londres, o la creación de servicios de emergencia en la ciudad. Entre 1948 y finales de los noventa experimentó una expansión espectacular, tanto por la ampliación de su radio de acción a todo el Reino Unido, como por la amplitud de los temas de los que se ocupó: impulso de la buena práctica clínica, desarrollo de la calidad, auditoria de hospitales y desarrollo de sistemas de acreditación, investigación sobre gestión y economía de la salud, etc. A partir de 1997 la King's Fund procedió a independizar las secciones con proyección más exterior, con el objeto de reorientar su actividad de nuevo hacia el área metropolitana londinense, y volver, pues a sus orígenes.

Una de las organizaciones que se independizó en el 2000 fue el Health Quality Service (HQS) **(132)**, que hasta 1998 se conocía como la Kings Fund Organisational Audit. (Fondo de Organización de Auditoría Kinas) (KFOA) **(133)**, y había sido establecida en 1990 para desarrollar el programa de acreditación hospitalaria de la Kings Fun. Poco antes de su independencia de la Kings Fund, el HQS había recibido de la Administración británica la autorización para realizar certificación ISO, de tal forma que actualmente es una entidad que puede acreditar simultáneamente por una doble vía: mediante certificación ISO y mediante su propio programa. En el mismo 2000, el HQS fue acreditado por la

ISQua. Actualmente trabaja con la EFQM para conseguir que los estándares de acreditación HQS se adapten también al marco del Modelo EFQM de Excelencia. El, que ya está en su 4ª edición (Manual de acreditación) tiene una estructura compleja. Consta de 52 normas (que denomina Standard), agrupadas en 4 áreas:

- Gobierno corporativo y clínico.
- Gestión operativa.
- Recorrido del paciente y sus derechos.
- Normas específicas de servicios. Cada norma se subdivide a su vez en una serie de “criterios” y “subcriterios”.

Los criterios se clasifican en criterios A y B. Los criterios A son de obligado cumplimiento porque se relacionan con requisitos legales y de seguridad. Los criterios B se refieren a las prácticas buenas o excelentes. Además, se señalan aquellos criterios que responden a exigencias ISO.

El proceso de acreditación puede realizarse para servicios hospitalarios, centros de atención primaria, de salud mental, hospitales completos, etc. Además el proceso puede implicar grados diferentes: desde la simple asesoría hasta el proceso completo de obtención de la acreditación HQS o, además, la certificación ISO.

El proceso de acreditación comienza con una solicitud al HQS que se acompaña de un cuestionario estandarizado de autoevaluación. Basándose en ese cuestionario, el HQS prepara una propuesta que será la base de un contrato de trabajo, que obviamente exige un desembolso económico.

El centro sanitario debe nombrar entonces un responsable del proyecto y un equipo de proyecto, que son adecuadamente formados. El HQS por su parte nombra un supervisor o responsable dentro de su organización para monitorizar todo el proceso.

Se realiza un proceso de autoevaluación en profundidad según los estándares del manual de acreditación. A continuación se redacta un programa de acción para la mejora continua. Cuando la organización cree

que ha cumplido todos los requisitos del manual y ha ejecutado el programa de mejora, un equipo evaluador de profesionales sanitarios, formado y acreditado por el HQS, visita el centro y realiza una auditoría. A partir del informe de dicho equipo auditor, el HQS otorga o no la acreditación. El proceso completa dura aproximadamente una media de 12 meses. Posteriormente a la acreditación se realiza una monitorización continua por el HQS.

## **ESTRUCTURA DEL MANUAL DEL HQS**

- ***Sección 1: Gobierno clínico y corporativo.***

Norma 1: Liderazgo organizacional y de servicios.

Norma 2: Gobierno corporativo.

Norma 3: Gobierno Clínico.

Norma 4: Utilización de servicios por médicos especialistas externos.

Norma 5: Mejora de la calidad.

Norma 6: Gestión del riesgo.

Norma 7: Recursos humanos.

Norma 8: Salud Laboral.

Norma 9: Experiencia de los profesionales.

Norma 10: Marketing y comunicaciones.

Norma 11: Gestión financiera.

Norma 12: Gestión de compras y servicios.

Norma 13: Gestión de la información y la tecnología.

Norma 14: Gestión de instalaciones y edificios.

- ***Sección 2: Gestión operativa.***

Norma 15: Objetivos y planificación por servicio.

Norma 16: Gestión y dotación de personal.

Norma 17: Desarrollo y formación del personal.

Norma 18: Desarrollo de servicios clínicos.

Norma 19: Entorno medioambiental del servicio.

Norma 20: Mejora de la calidad de servicios.

- **Sección 3: La experiencia del paciente.**

Norma 21: Los derechos del paciente.

Norma 22: Las necesidades individuales del paciente.

Norma 23: Asociación o alianzas con los pacientes.

- **Sección 4: El recorrido del paciente.**

Norma 24: Derivaciones, acceso e ingreso.

Norma 25: Tratamiento y cuidados.

Norma 26: Alta y fin de asistencia al servicio.

Norma 27: Contenido de la historia clínica.

- **Sección 5: Norma específicas de servicios.**

Norma 28: Servicio de urgencias y accidentes.

Norma 29: Atención ambulatoria de agudos.

Norma 30: Servicio de comidas /alimentación (catering).

Norma 31: Servicio de pediatría.

Norma 32: Servicio de diagnóstico por la imagen.

Norma 33: Servicio de archivo de historias clínicas.

Norma 34: Servicio de vigilancia.

Norma 35: Servicio de lavandería.

Norma 36: Servicio de trastornos del aprendizaje.

Norma 37: Servicios de maternidad.

Norma 38: Servicio de Física médica e ingeniería biomédica.

Norma 39: Servicio médico.

Norma 40: Servicio de enfermería.

Norma 41: Servicio de quirófanos y anestesia.

Norma 42: Servicios ambulatorios.

Norma 43: Servicio de patología.

Norma 44: Servicio de farmacia.

Norma 45: Servicio de transporte.

Norma 46: Servicio de radioterapia.

Norma 47: Servicio de cuidados especiales.

Norma 48: Cuidados paliativos.

Norma 49: Departamento de esterilización.

Norma 50: Servicio de telecomunicaciones.

Norma 51: Servicio de voluntariado.

Norma 52: Servicios de salud mental.

Apéndice 1: “cheklist” corporativa.

Apéndice 2: referencias.

Apéndice 3: glosario

## **II.3 MODELO DE CALIDAD TOTAL DEL S. N. S. ESPAÑA**

### **MODELO DE CALIDAD TOTAL DEL SNS (96). Junio 2001**

#### **Importancia de la calidad en la asistencia sanitaria**

La calidad de la asistencia sanitaria es un valor muy apreciado por los pacientes y por los profesionales sanitarios. Los pacientes esperan de los servicios sanitarios la curación de su enfermedad o la paliación de los síntomas, pero los problemas de una mala calidad pueden causarles daño e incluso la muerte. Los profesionales desean hacer lo mejor posible por los pacientes, y su ética profesional les obliga a ofrecer una asistencia de calidad. Estos elementos hacen que la calidad en la asistencia sanitaria se defina de forma específica y requiera una metodología de evaluación y mejora también específicas. La mejora de la calidad de la asistencia sanitaria es un objetivo de los sistemas sanitarios modernos. Los países más desarrollados han puesto en marcha programas de mejora de la calidad, por ejemplo el libro blanco inglés “The New NHS, modern and dependable” (1997) o la Comisión Presidencial en EEUU “Quality first: better health care for all americans” (1998) (134).

El nivel de calidad del SNS es bueno y así lo manifiestan tanto los estudios comparativos de la OMS, como la opinión de los pacientes en numerosas encuestas o los ciudadanos en el Barómetro sanitario. Pero hay aspectos que son mejorables y que el SNS debería mejorar mediante una filosofía positiva de mejora continua de la calidad del servicio sanitario que se presta al paciente. Varias CCAA y el INSALUD han realizado y están realizando actuaciones importantes para mejorar la calidad de sus servicios. Algunas han elaborado planes específicos de mejora de la calidad. Estas actuaciones deben considerarse como esfuerzos muy valiosos del Sistema Nacional de la Salud para mejorar la calidad. El propósito de este documento es presentar el Modelo de calidad para el SNS, que sirva de base a la elaboración de un Plan de Calidad Total, y al

desarrollo futuro de las actividades de las autoridades sanitarias con un respeto total a las competencias de cada administración.

### **Responsabilidades sobre la calidad en el S.N.S.**

La Ley General de Sanidad (asignaba a las Administraciones Públicas el control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles (artículo 18) y a la Administración sanitaria la creación de los sistemas de evaluación de calidad asistencial oídas las Sociedades científicas sanitarias (artículo 69).

El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud ofrece 6 grandes áreas de actuación que pretenden dar respuesta a las cuestiones que afectan a los grandes principios y retos de nuestro sistema sanitario:

1. Protección, promoción de la salud y prevención
2. Fomento de la equidad
3. Apoyo a la planificación de los recursos humanos en salud
4. Fomento de la excelencia clínica
5. Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención de los ciudadanos
6. Aumento de la transparencia

Estas áreas se concretan en 12 estrategias, 41 objetivos y 189 proyectos de acción.

Sin embargo no se desarrolló la asignación específica de competencias. En el artículo 40 de competencias del Estado, se mencionan (apartados 7 y 8) los requisitos mínimos para aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios; y la acreditación y homologación de centros de trasplantes. En el artículo 41, de las competencias de las CCAA, se dice que todo lo no reservado al Estado es competencia de las CCAA. En la anterior legislatura se convocó un acto del Consejo Ínter territorial sobre calidad y acreditación, en el que

surgieron discrepancias entre el Ministerio y las CCAA que reclamaban como competencia exclusiva la acreditación y la calidad.

La posición de este documento es considerar que la mejora de la calidad es una responsabilidad de todos los actores del SNS, empezando por el profesional sanitario y el propio paciente, los servicios de salud, las Comunidades Autónomas, el Consejo Ínter territorial y el Ministerio de Sanidad y Consumo. Lo importante es delimitar las responsabilidades de cada instancia, para no duplicar esfuerzos ni convertir la calidad en una lucha institucional, a continuación se presenta un esquema de reparto de responsabilidades.

Cada acto sanitario consiste en una relación entre el paciente y el profesional sanitario en el marco de una institución sanitaria. La calidad de este acto sanitario tiene dos aspectos, la aplicación de la medicina científica a un problema de salud y la atención humana al paciente. Los tres actores que participan en un acto sanitario: paciente, profesional e institución, son los primeros responsables de mejorar la calidad de esta experiencia. Las Comunidades Autónomas, desde sus responsabilidades en la elaboración de políticas de calidad, así como de compradores o gestores de los servicios sanitarios, son los encargados de monitorizar, estimular y dirigir las acciones de mejora de la calidad de las instituciones sanitarias. El Ministerio de Sanidad y Consumo debe coordinar y el Consejo Interterritorial promover actuaciones para el conjunto del sistema que faciliten la actuación de las autoridades y centros sanitarios.

Los Pacientes y sus familias deben aportar información sobre la enfermedad y su entorno, deben participar en la toma de decisiones sobre el proceso asistencial y deben cumplir con las indicaciones clínicas.

Los Profesionales sanitarios deben adoptar la mejora de la calidad como un deber profesional y ético e incorporar las acciones de mejora a su práctica profesional.

Las Instituciones sanitarias deben colaborar en la formación de sus profesionales, tanto en su práctica profesional como en metodologías de

calidad. También deben incentivar y facilitar la ejecución de actividades y programas de mejora de la calidad en la institución. Las instituciones deben mejorar sus procesos internos para ofrecer un servicio de calidad. Las Comunidades Autónomas deben establecer políticas de calidad y monitorizar la calidad que reciben los pacientes, tanto para estimular a las Instituciones sanitarias como, para velar por el paciente y mejorar sus procesos de compra de servicios. El Consejo Interterritorial debe aportar una visión de conjunto del sistema y el Ministerio de Sanidad y Consumo debe elaborar instrumentos útiles a las administraciones sanitarias para mejorar la calidad de los servicios.

### **Líneas estratégicas de una política de calidad del sistema nacional de la salud (S.N.S.)**

Una Política de Calidad del S.N.S. es un compromiso de las Autoridades sanitarias en impulsar una serie de actuaciones que fomenten la mejora continua de los servicios sanitarios para lograr la mejor calidad de servicio con los recursos disponibles. Una Política de Calidad consiste del conjunto de una filosofía de calidad, unas actuaciones prioritarias y unos instrumentos institucionales.

#### **Filosofía de calidad**

La calidad de la asistencia sanitaria es un conjunto de propiedades de la asistencia que comprenden tanto la aplicación de las posibilidades efectivas y probadas de la salud como el trato humano dispensado al paciente.

#### **Líneas estratégicas**

Las Líneas estratégicas del S.N.S. para estimular la mejora de la calidad consisten en marcar objetivos y elaborar instrumentos de medida para que los diferentes Servicios de Salud y las Instituciones sanitarias puedan

comparar su nivel de calidad con otros Servicios e Instituciones y con algunos estándares, de forma que esta comparación les indique el camino de mejora:

- **Elaboración de estándares de organización de servicios sanitarios**  
Los estándares son necesarios para evaluar los servicios sanitarios. El objetivo de esta actuación es elaborar estándares en el SNS que sean útiles a todas las administraciones sanitarias o adoptar aquellos que ya existen bien sean nacionales o internacionales.
- **Elaboración de indicadores de calidad** Los indicadores permiten monitorizar los diferentes aspectos de la calidad. Unos indicadores homologados permitirán comparar entre sí las instituciones sanitarias y hacer un seguimiento de una institución a lo largo del tiempo.
- **Buenas prácticas** En el conjunto del S.N.S. se realizan una serie de actividades y programas de forma excelente. El conocimiento y adaptación de estas actividades por otros Servicios de salud permitiría mejorar al conjunto del S.N.S. Esta actividad consiste en identificar las buenas prácticas del S.N.S. y ponerlas en conocimiento de todas las autoridades sanitarias
- **Acreditación** La evaluación externa y periódica de una institución o un servicio sanitario permite a la institución tener un referente externo sobre su calidad y ofrecer a los pacientes y a las autoridades sanitarias un certificado sobre su nivel de calidad. La acreditación se basará en los estándares elaborados o adoptados por el S.N.S., y la evaluación se realizará por Comunidades Autónomas, entidades públicas o instituciones privadas homologadas.

### **Estándares de centros y servicios sanitarios.**

La mejora de la calidad de los centros y servicios sanitarios requiere disponer de estándares o normas sobre cual es el funcionamiento óptimo de estos servicios para guiar a los responsables de la gestión en su camino de mejora. Un Sistema sanitario descentralizado requiere disponer

de estándares y normas que permitan comparar y facilitar la gestión y planificación de la calidad.

Los estándares que se adopten pueden ser estándares existentes y entonces serían adoptados como estándares del S.N.S. o bien se construirían de nuevo. Se examinarían los estándares producidos por las administraciones sanitarias, sociedades científicas y organismos de normalización nacionales e internacionales.

En el caso que se produzcan estándares nuevos debería convertirse en normas oficiales UNE, norma española de carácter voluntario mediante la cual se unifican criterios y se posibilita la utilización de un lenguaje común en un determinado campo. La única entidad reconocida en España para el desarrollo en el ámbito estatal de las actividades relacionadas con la elaboración de normas es AENOR, según el Real Decreto 2200/1995 **(135)** por el que se aprueba el reglamento de la infraestructura para la calidad y la seguridad industrial. Una norma UNE se elabora de acuerdo con la metodología de AENOR, en la que se siguen criterios de imparcialidad, independencia e integridad y cuyo proceso de elaboración de normas se basa en el consenso de todas las partes. El Ministerio podría establecer un convenio con AENOR para la elaboración de las normas UNE sanitarias, mediante la creación de un órgano de trabajo, con participación de las Comunidades Autónomas y las Sociedades Científicas implicadas **(136)**.

El nivel de exigencia de los estándares debería ser el adecuado para el desarrollo actual del Sistema Nacional de la Salud. Una parte de los estándares podrían considerarse mínimos por el Ministerio de Sanidad, con el asesoramiento del Consejo Interterritorial, y tendrían los efectos que prevé la Ley General de Sanidad.

La evaluación externa de un centro sanitario puede orientarse a tres objetivos posibles:

- evaluar la competencia
- evaluar la seguridad
- evaluar la calidad.

La evaluación de la **Competencia** consiste en verificar si una institución es competente para realizar las funciones que se esperan de ella. Es decir para verificar si un hospital es lo que dice ser y no un hotel. Probablemente esto es lo que espera la sociedad de una evaluación que realiza la administración sanitaria, es decir verificar que detrás del título de la institución existan las competencias necesarias para ejercer su actividad sanitaria. A otro nivel sería como el título de médico o el de enfermera.

La **Seguridad** de una institución sanitaria es un valor muy importante, pues un centro sanitario es un lugar altamente peligroso. Un enfoque sanitario de la Seguridad, sería complementario a la seguridad industrial o a la seguridad contra incendios, y consistiría en asegurar que el centro no es sanitariamente peligroso para el paciente. La seguridad sanitaria persigue evitar las infecciones hospitalarias, los errores en la medicación, los errores organizativos, etc.

La evaluación de la **Calidad** puede orientarse hacia dos objetivos, bien evaluar la gestión de la calidad en el centro sanitario, bien evaluar la calidad del mismo. La gestión de la calidad puede valorarse a través de la norma ISO 9001. El estándar que se propone debería evaluar los aspectos específicamente sanitarios de la Calidad. Los estándares que se adopten o se desarrollen son aquellos que tengan un enfoque sanitario, que contemplen las estructuras humanas y las funciones de atención al paciente, y que permitan evaluar la competencia, la seguridad y la calidad del centro o servicio sanitario.

### **Indicadores**

Los Indicadores permiten monitorizar la actividad sanitaria a través de unas medidas sintéticas del desempeño de una institución, que pueden seguirse a través del tiempo o compararse con otras instituciones similares. El seguimiento de unos indicadores es un método de mejora de la calidad. Para poder utilizar los indicadores en un proceso de mejora es necesario que sean fiables y ajustados al riesgo.

Los indicadores se pueden clasificar en proceso/resultado. Los de resultado intentan medir el nivel calidad de una institución, mientras que los de proceso nos permiten monitorizar si un proceso determinado se ajusta a un estándar. Los dos tipos son útiles en un programa de mejora de la calidad.

Unos indicadores de calidad homogéneos para todo el SNS permitirían a las CCAA una comparación más amplia que los centros de la propia Comunidad. El SNS permite la comparación entre los 400-500 hospitales que participan en el sistema de financiación pública o entre los 2.500 Centros de Salud.

La elaboración de indicadores es un proceso continuado que permite ir creando los instrumentos necesarios para poder evaluar los diferentes objetivos de calidad.

Para construir un indicador es necesario una definición de las variables que lo forman y un procedimiento de recogida estándar. Para empezar el proceso de elaboración de indicadores se aprovecharían las bases de datos existentes, y en este caso la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos del SNS (52) recoge información estandarizada sobre la casi totalidad de las altas financiadas públicamente en el S.N.S. También pueden aprovecharse la información de otras bases de datos públicas como recogida por la Encuesta de Hospitales, o privadas como la elaborada sobre infección hospitalaria por la Sociedad Española de Higiene Hospitalaria.

No existe un indicador que por si solo resuma toda la calidad de una institución sanitaria. Generalmente se adoptan baterías de indicadores, lo cual ofrece en general resultados diversos: una institución es muy buena en un indicador, mediana en otro y francamente mala en un tercero. La pregunta de si una institución sanitaria es buena o es mala queda sin respuesta. Para resolver este problema se utilizan los índices o agregados de indicadores. Estos sintetizan en un solo dato un conjunto de información. Para poder comparar centros sanitarios entre si es necesario

estandarizar estos agregados. Otro requisito técnico para facilitar la comparación es utilizar un sistema de compensación para equilibrar el nivel diferente de gravedad de las enfermedades tratados en un centro sanitario respecto a otros centros. Estos requisitos técnicos serían estandarizados por el Ministerio de Sanidad con el asesoramiento del Consejo Interterritorial, para todo el SNS.

La elaboración de indicadores puede aprovechar los ya existentes en las CCAA y en el INSALUD. La elaboración de indicadores debe contar con el asesoramiento de las Sociedades científicas, en la línea de los indicadores elaborados por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Una de las ventajas de un sistema de gestión descentralizada como el Sistema Nacional de la Salud es disponer de una variedad y riqueza de fórmulas de gestión y prestación de servicios sanitarios. Esta capacidad de innovación y de logro de soluciones imaginativas debe considerarse un valor del SNS. Una Política de Calidad del SNS debería procurar rentabilizar este valor y hacerlo accesible a las diferentes autoridades del SNS para facilitarles que puedan adaptar soluciones innovadoras. Esta es la línea estratégica de Buenas (BP) Prácticas.

Las CCAA aportarían propuestas para incorporar a la calificación de BP. Esta calificación se haría en base a una serie de criterios, por ejemplo:

- Resultados basados en la evidencia.
- Predictores de resultados.
- Transferibilidad.
- Factibilidad.
- Relevancia.
- Sostenibilidad.

La decisión de calificar a una propuesta como BP se haría en un órgano con participación de sociedades científicas y la universidad.

Este programa identificaría las BP del sistema, difundiría sus características en el S.N.S. y facilitaría la conexión entre la institución interesada en conocer más y la BP. Esta actividad se realiza de forma

espontánea y no organizada entre los gestores del S.N.S., un Programa formal permitiría identificar más y mejor las BP y ponerlas a disposición de los futuros usuarios. La tasa de fertilización cruzada, es decir el número de BP adoptadas en otras partes del SNS, sería un indicador del resultado de este Programa.

### **Sistema de acreditación en el S.N.S.**

Varias CCAA, el Ministerio de Sanidad y Consumo y algunas instituciones privadas han puesto en marcha programas de acreditación o tienen planes de hacerlo. Esta variedad no permite una equivalencia o comparación entre los diferentes programas. El SNS debería contar con un “sistema de acreditación” que debería incorporar los diferentes programas a través de un método de homologación, de forma que la evaluación realizada por las Comunidades que disponen de programa o por instituciones privadas sea reconocida en todo el SNS

La acreditación es voluntaria y por lo tanto la responsabilidad de la acreditación está en la institución. Los incentivos para que una institución participe en un programa de acreditación pueden ser económicos o de prestigio. En un SNS totalmente transferido son los servicios regionales de salud los que pueden aportar beneficios económicos a los centros acreditados. Un aspecto especial de la acreditación es la consideración de algunos centros como servicios de referencia del SNS, en este caso el Ministerio de Sanidad y Consumo acreditará los servicios de referencia a los que podrán acceder todos los usuarios del Sistema Nacional de la Salud (LGS, artículo 15).

La remisión de información para la evaluación se efectuará con carácter anual de acuerdo al Plan de Calidad 2001, según se recoge en el contrato de gestión. Cada centro tendrá la obligación de elaborar una Encuesta al alta hospitalaria y ofrecer su cumplimentación a todos los pacientes hospitalizados. En dicha encuesta recogerá información referente a todos los aspectos relacionados, directa o indirectamente, con la atención

recibida durante su estancia. Esta información se remitirá con carácter trimestral dentro de los primeros 15 días del mes siguiente y el formato será libre según el modelo de encuesta de cada centro.

El resto de la información referente a la calidad, recogida en este anexo y que se muestra en la siguiente tabla, se remitirá con carácter mensual a la Subdirección General de Desarrollo, antes del día 15 del mes siguiente al período al que se refiere dicha información:

- **Servicio de atención al paciente** Reclamaciones resueltas y contestadas en un plazo inferior a 30 días.
- **Información y atención al paciente y familiares %.** Servicios Clínicos con lugar y horario para informar a familiares expresado de forma explícita en un plan de información a familiares. Documentos de Consentimiento Informado implantados y que cumplen los criterios establecidos por el Consejo Interterritorial, o por el acuerdo del Grupo de Expertos del MSC, que están avalados y normalizados. % de pacientes con documento de consentimiento informado firmado y reflejado en la historia Clínica (Hª C).
- **Infección nosocomial** Prevalencia de infección nosocomial (expresado en tanto por cien) \* Anual Prevalencia de infección de la herida quirúrgica (expresado en tanto por cien). Anual. *Sistema de Información de Asistencia Especializada (137)*. Prevalencia de infección del tracto urinario en pacientes sondados (expresado en tanto por cien).
- **Otros indicadores**
  - ✓ % pacientes que permanecen >6 h. en urgencias.
  - ✓ % pacientes que permanecen 3-6 h. en urgencias.
  - ✓ % ingresos desde urgencias en 72 h. Posteriores a la realización de Cirugía Ambulatoria.
  - ✓ % de refrecuentación en urgencias en las 72 h. siguientes a su atención.

## **Definiciones:**

- ***Servicio de atención al paciente***

- ✓ Reclamaciones resueltas y contestadas en un plazo inferior a 30 días: Se refiere al número de reclamaciones resueltas y contestadas por escrito, y en cuyo escrito vaya incluida la forma de resolución, en un plazo no superior a 30 días, contado a partir de la fecha de su presentación por el usuario.

- ***Información y atención al paciente y familiares***

- ✓ Porcentaje de servicios clínicos con lugar y horario para informar a familiares: Se considera como numerador el número de Servicios Clínicos que tienen de forma explícita dentro del plan documentado de información a familiares, un lugar y horario determinados para la información a familiares. El denominador será el número de Servicios Clínicos del hospital.
- ✓ Documentos de consentimiento informado implantados: Se refiere al número de documentos de Consentimiento informado implantados en procedimientos diagnósticos o terapéuticos, conformes con los criterios establecidos por el Consejo Interterritorial o por el Grupos de expertos del Ministerio de Sanidad y consumo, que están avalados y normalizados.
- ✓ Porcentaje de pacientes con documento de consentimiento informado firmado y reflejado en la historia clínica: Se considera como tal, el nº de pacientes que firman el documento de Consentimiento Informado y éste aparece recogido en la historia clínica. En caso de que un paciente hubiera firmado más de un documento de consentimiento informado, se reflejará un número igual al de documentos firmados y contenidos en la historia. El denominador esta formado por todos los pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos que poseen documento de consentimiento informado implantado.

- ***Infección nosocomial***

- ✓ Los estudios de prevalencia se realizarán en un corte transversal sobre los pacientes hospitalizados. Prevalencia de Infección Nosocomial (corte transversal) .Prevalencia (\*) de Infección de herida quirúrgica (corte transversal)
- ✓ Grado de contaminación del procedimiento.

- ***Otros indicadores***

- ✓ Porcentaje de pacientes que permanecen > 6h. en urgencias. Se define como el porcentaje de pacientes que permanecen en urgencias más de 6 horas; solo se considerarán urgencias no ingresadas tanto en el denominador como en el numerador.
- ✓ Porcentaje de pacientes que permanecen entre 3 y 6 h en urgencias
- ✓ Porcentaje de ingresos desde urgencias en 72 h. posteriores a la realización de Cirugía Ambulatoria. Se define como el porcentaje de pacientes que tras ser sometidos a una intervención o acto quirúrgico de cirugía ambulatoria, acuden a urgencias y son hospitalizados, en el plazo de las 72 h siguientes a la intervención; sobre el total de pacientes sometidos a cirugía ambulatoria.
- ✓ Porcentaje de refrecuentación en urgencias en las 72 horas siguientes a su atención. Se define como el porcentaje de pacientes que tras ser atendidos en el área de Urgencias, regresan a la misma, en el plazo de las 72 horas siguientes; sobre el total de urgencias no ingresadas.

- ***Satisfacción: reclamaciones y felicitaciones***

La información se remitirá mensualmente, y antes de los 15 primeros días del siguiente mes, a la Subdirección General de Desarrollo.

La información solicitada se enviará en el formato de Libro Excel según modelo adjunto, cada hoja corresponderá a cada uno de los meses del

año, y a efectos de su cumplimentación, se deberán seguir las siguientes instrucciones:

Cada impreso de reclamación o felicitación que cumplimente un usuario será considerado como una única reclamación o felicitación, con independencia de que en el mismo se contemplen varios motivos de queja o de elogio. Para su clasificación, se atenderá al motivo principal o más grave de la queja o de la felicitación, en su caso.

Se consideran felicitaciones, los escritos realizados por los usuarios con el objetivo de elogiar alguno de los aspectos de la asistencia recibida o de las personas que la prestan. Aquellos escritos de los usuarios que recojan algún tipo de reclamación o queja, no se clasificarán nunca como felicitaciones, aún en el caso de que incluyan algún tipo de elogio o alabanza.

#### ***Clasificación y definiciones de las reclamaciones (\*)***

- ✓ Total reclamaciones: N° total de reclamaciones recibidas en el mes correspondiente.
- ✓ Reclamaciones relativas a la estructura:
- ✓ Limpieza: referidas al estado de limpieza de las instalaciones.
- ✓ Habitabilidad: referidas al grado de confortabilidad del entorno físico.
- ✓ Recursos materiales: falta, disfunción, deterioro o insuficiencia de aparato clínicos, instalaciones, estructura física y dotación de material.
- ✓ Señalización general del centro: falta o insuficiencia de la señalización del centro.
- ✓ Cocina: cuando se considera que la comida recibida por los pacientes está fría, escasa, en mal estado, mal preparada o mal presentada.
- ✓ Lencería: falta, escasez, suciedad o deterioro del material textil.

- ✓ Transporte: deficiencias, demoras o cualquier otro problema producido en los traslados en ambulancia.

**Otros:** cualesquiera relativos a la estructura que no estén contemplados en los ítems anteriores.

- ✓ Reclamaciones relacionadas con la administración y organización del centro:
- ✓ Organización y normas: normas que regulan el funcionamiento del centro, servicio o unidad, incluidos los trámites administrativos y las normas consuetudinarias.
- ✓ Información general recibida: falta o desvirtuación de la información general del centro dada al usuario o cuando ésta es incompleta.
- ✓ Citaciones: referida tanto a las de consultas externas como las de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- ✓ Desaparición o sustracción de objetos o documentos: No localización de cualquier pertenencia del usuario o de informes, expedientes, historias clínicas, pruebas diagnósticas....
- ✓ Cobro de honorarios: percepción indebida de honorarios.

**Otros:** cualquiera reclamación relacionada con la administración y organización del centro que esté motivada por causas diferentes a las contempladas en los ítems anteriores.

- ✓ Reclamaciones relativas a la asistencia.
- ✓ Lista de espera: demora generada por la acumulación de usuarios que requieren atención de igual especialidad.
- ✓ Denegación o falta de asistencia: Al usuario se le ha negado la asistencia, éste considera que se le ha prestado una asistencia insuficiente o ha carecido de la misma.
- ✓ Demora en la asistencia: excesiva espera para ser atendido.
- ✓ Incumplimiento de horario: falta de puntualidad o ausencia total o parcial del personal durante la jornada laboral.

- ✓ Suspensión del acto asistencial: se suspende un acto asistencial que estaba previsto realizar.
- ✓ Trato personal: aspecto humano, estilo o modo de relacionarse con el usuario o de comunicar con él, incluyendo las faltas de respeto y consideración con el público en general o con el resto del personal.
- ✓ Disconformidad con la asistencia recibida y/o el tratamiento aplicado: El usuario considera que no se han puesto los medios suficientes para la detección precoz, evitar la aparición de la enfermedad o para la identificación de la misma, o considera que no se han aplicado los medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos o quirúrgicos para el alivio o curación de la enfermedad o para la readquisición de las capacidades perdidas.
- ✓ Información clínica del proceso: Falta o desvirtuación de la información clínica dada al usuario o cuando ésta es incompleta.  
Falta o insuficiencia de consentimiento informado.

**Otros:** cuales quiera reclamación relativa a la asistencia cuya causa sea diferentes a las contempladas en los Ítems anteriores.

## II.4 SITUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN ESPAÑA

En el año 1984 un grupo de profesionales fundó la Sociedad Española de Calidad Asistencial (138). Se trata de incorporar a los sistema sanitario el concepto de calidad asistencial con el fin de dar respuesta a algo tan aparentemente simple como explicar por qué no se hace lo que hay que hacer; por qué, frente a la evidencia de algunas investigaciones clínicas o de gestión, las conclusiones no se llevan a la práctica o tardan mucho tiempo en ser incorporadas a la rutina de la asistencia; y por qué se investiga poco sobre los resultados de la asistencia que, por otra parte, es la actividad principal de la mayoría de los profesionales y la necesidad primera de los pacientes.

Había que definir la calidad asistencial, dotarles de instrumentos de análisis y medida de los resultados, había que incorporar el concepto de mejora continua; era necesario estudiar el comportamiento humano en el funcionamiento de los grupos, la modificación de la conducta y la resistencia al cambio, aprender a medir la satisfacción y las expectativas de los pacientes y usuarios, etc. Era necesario, en fin, incorporar lo que hoy se conoce como cuerpo de doctrina.

A la necesidad de este cuerpo de doctrina se dio respuesta importando los conocimientos de profesionales y organismos de otros países que llevaban unos cuantos años de ventaja. Fue necesario que algunos pioneros se formasen en EEUU para incorporar como pasó en algunas especialidades los correspondientes conocimientos. Esta labor hubo de completarse, a lo largo de los años siguientes, con la formación de expertos en calidad asistencial, de tal forma que hoy en día el país cuenta con un buen número de profesionales formados diplomaturas, master, etc. para ayudar a las diferentes especialidades en la utilización de la metodología de calidad asistencial.

El **primer** Programa de Calidad establecido como tal fue el del hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona en el año 1981(139).

De forma progresiva cada vez son más los centros que disponen de un programa de estas características, hasta el momento actual en que, de una u otra forma, todos los centros sanitarios suelen hablar de calidad.

Existen en el desarrollo de los planes de calidad unos cuantos hitos importantes que han marcado su desarrollo: la definición del sistema de acreditación catalán en 1981 y del sistema de acreditación MIR en 1987<sup>(140)</sup>, la legislación sobre organización de hospitales en 1986 que hacía obligatorias las comisiones clínicas, la creación del Programa Ibérico junto con Portugal para desarrollar planes de calidad en Atención Primaria, la definición de planes de calidad en algunas comunidades como Osakidetza, Murcia, Canarias, Andalucía etc. <sup>(141),(142),(143),(144),(145)</sup>. Además, en 1989 se crea la Fundación Avedis Donabedian como entidad no gubernamental dedicada exclusivamente a la promoción de la calidad asistencial en España <sup>(146)</sup>.

El **País Vasco** se creó la Fundación Vasca para la Promoción de la Calidad, con objeto de fomentar la gestión de la calidad en las empresas vascas <sup>(147)</sup>. El Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, ha adoptado el modelo EFQM con resultados satisfactorios. La puesta en marcha del modelo EFQM en hospitales como el de Aranzazu, ha sido descrita en términos de satisfacción entre los profesionales y necesidad de mejora de los procedimientos. También se han llevado a cabo interesantes estudios como el del hospital de Zumarraga. Los procedimientos de la ISO, que habían sido implantados en los hospitales vascos durante los últimos años, han resultado de gran ayuda para posteriormente aplicar el modelo EFQM. Hay quienes piensan que el modelo de la Joint Commission está sesgado por los estándares americanos, mientras otros consideran que el modelo JC es el único verdaderamente específico para el sector sanitario.

En **Cataluña**, también se han aplicado los diferentes modelos. El hospital Pius de Valls (Tarragona), está implantando el modelo EFQM. Más de 200 profesionales están involucrados en el proyecto y, recientemente, han sido galardonados con el premio Arthur Andersen. El grupo Sagessa, una

corporación privada de centros de atención primaria y hospitales, también ha optado por el modelo EFQM. La Fundación “Centro Hospitalario Unidad Coronaria” (Manresa), ha aplicado los procedimientos ISO 9001, y ahora se propone implantar el modelo EFQM. Algunos expertos, sostienen que los métodos de la ISO, la EFQM y la Joint Commission son complementarios, pues la EFQM se centra en los procesos de la organización, el método de la Joint Commission es específico para el sector sanitario y los estándares de la ISO focalizan su atención en los procesos industriales y el marketing (lo que resulta muy útil en servicios como el laboratorio). El departamento de sanidad del gobierno catalán desarrolla un modelo de acreditación para sus centros sanitarios. Estará basado en la EFQM, pero se incluirán estándares de la Joint Commission, del King’s Fund y la ISO 9000.

El modelo del King’s Fund se ha implantado en algunos hospitales españoles, como por ejemplo en el hospital Virgen Xunqueira de la **Coruña**, El también hospital coruñés Arquitecto Marcide, ha adoptado la misma estrategia que el hospital de Manresa, comenzando con los procedimientos de la ISO 9001, para acabar implantando el modelo EFQM.

En **Andalucía**, el hospital cordobés Reina Sofía está desarrollando el modelo EFQM. En 6 meses, la satisfacción de los pacientes se ha incrementado.

Un estudio indica que en la región de Castilla, los médicos no se posicionan favorablemente ante el modelo EFQM. Consideran estos médicos que el modelo de la EFQM concede excesiva prioridad al liderazgo directivo y la satisfacción de los usuarios.

En la **región valenciana**, las unidades clínicas están caminando progresivamente hacia la obtención de las certificaciones de calidad ISO 9000.

En **Canarias** el Servicio Canario de Salud ha adoptado el modelo EFQM en el Plan de Salud en Atención Primaria.

Finalmente, desde el Ministerio Español de Sanidad, se afirma, que se debe alcanzar un consenso entre todas las comunidades autónomas españolas respecto a las acreditaciones, certificaciones y sistemas de gestión de la calidad en el sector sanitario. Es un reto difícil pero necesario.

## **II.5 LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS**

La simple observación y la lectura de la bibliografía mundial ponen de manifiesto que es difícil encontrar otra unidad asistencial que haya evolucionado tan rápidamente en los últimos años como los servicios hospitalarios destinados a cubrir las urgencias.

Los Servicios de Urgencia (SU) pueden definirse como unidades diseñadas para brindar tratamiento especializado, con disponibilidad inmediata y recursos especiales a pacientes que requieran asistencia médica y cuidados urgentes, a cualquier hora del día o la noche durante los 365 días del año.

Sin embargo, hasta la actualidad, dentro del Sistema Nacional de Salud (S.N.S.), la actividad asistencial de los servicios de urgencias no ha sido convenientemente tomada en cuenta al desarrollar los sistemas y contratos de gestión, especialmente en los centros hospitalarios, ni ha tenido un adecuado desarrollo en los sistemas de información.

Esta situación mantenida a lo largo de los años, ha impedido establecer los adecuados mecanismos y herramientas de gestión y calidad en la actividad asistencial de dicho servicio.

Estos factores sin duda han podido influir en que en la bibliografía consultada, no hemos podido encontrar trabajos comparativos de tipo cuantitativo o cualitativo de sus prestaciones, entre otras razones por la inexistencia de un conjunto definido de indicadores que sirvan como sistema de medida común y homogénea para todos ellos, un lenguaje no común: se llamaban con el mismo nombre a cosas distintas, y se daban denominaciones diferentes a idénticas actividades.

Esta situación, seguramente fue el detonante para que, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) (148), (149) formara un grupo de trabajo para elaborar un conjunto mínimo de indicadores de actividad y calidad que permitieran la evaluación,

seguimiento y comparación de las actividades de los servicios de urgencias.

El presente documento es el resultado de este grupo de trabajo Insalud-SEMES.

### ***Indicadores básicos de calidad en los servicios de urgencias***

#### ***Tipos de indicadores***

Dependiendo de aquello que se quiere medir, los indicadores pueden ser de dos tipos: de demanda (por ejemplo, número de pacientes atendidos por cada mil habitantes y año) también conocidos como de cantidad, y de calidad de las actividades (por ejemplo, tiempo medio de demora en la atención a los pacientes). Dentro de los de calidad, dos aspectos: indicadores de proceso (aquellos que evalúan la calidad de los procesos asistenciales, es decir, cómo se hacen las cosas) e indicadores de resultado (los que miden el resultado final de las actividades sanitarias, independientemente del modo como éstas hayan sido hechas).

Se establecen por tanto tres grupos de indicadores:

- ✓ **Indicadores de actividad:** son aquellos que miden la cantidad de solicitudes de asistencia que se presentan en el servicio de urgencias. Tienen un valor informativo para evaluar el uso de los recursos asistenciales y su gestión, además de permitir una comparación de la actividad del centro con otros servicios de urgencias de otros centros.
- ✓ **Indicadores de calidad de proceso:** son aquellos que miden aspectos cualitativos del proceso de asistencia de la urgencia. Estos indicadores miden el funcionamiento del servicio de urgencias desde el punto de vista organizativo y de la calidad de los procesos.
- ✓ **Indicadores de resultado:** son aquellos que miden los resultados finales de las actividades asistenciales. Informan por tanto de la calidad y capacidad técnica y resolutoria del servicio de urgencias.

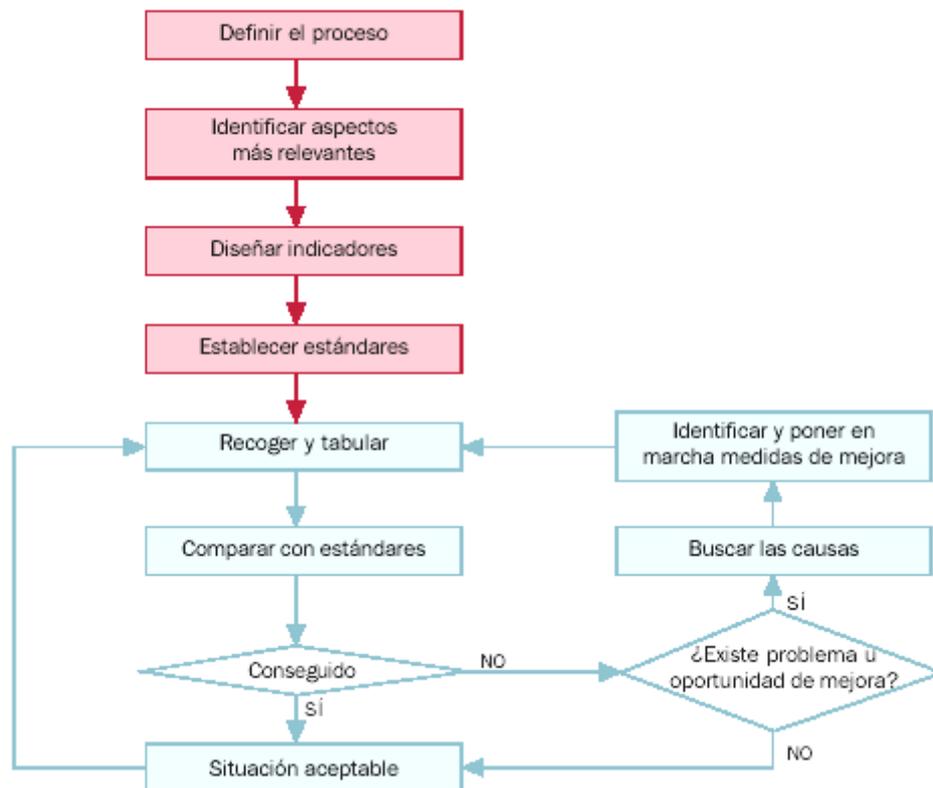
Aunque este trabajo finalmente no llego a concluirse. Para nosotras, ha sido una guía a la que hemos introducido las adaptaciones necesarias a nuestro entorno real.

### **Manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias**

El primer paso para la gestión de calidad es, el diseño de un sistema de monitorización para la medida y evaluación periódica de aspectos relevantes de la asistencia, mediante el uso de indicadores de calidad, que constituyen la unidad básica de este sistema (150),(151),(152).

En el Gráfico se presentan una serie de pasos necesarios para establecer un sistema de evaluación de la calidad a partir de indicadores dentro de un sistema de monitorización. Las primeras etapas, hasta la elaboración de los indicadores y sus estándares, es decir, de los instrumentos que han de permitir llevar a cabo la evaluación. A partir de aquí, las tareas de medida, valoración de los resultados e implantación de acciones de mejora dependen exclusivamente de cada centro y de sus profesionales.

**Gráfico.** Sistema de evaluación de la calidad mediante indicadores



*Figura 5: Sistema evaluación de la Calidad mediante indicadores. Societat Catalana de Medicina d’Urgència, Fundació Avedis Donabedian. (146)*

En conjunto, la monitorización permite asegurarnos de que “lo básico está bien”. Los indicadores se evalúan (miden) de forma periódica y permiten tener una visión de conjunto de la calidad del servicio y actuar en los casos en que se presenten desviaciones.

Se trata, por tanto, de un sistema basado en medidas cuantitativas repetidas. Las variaciones que se producen en los sucesivos resultados de un indicador no pueden ser interpretados directamente, ya que estas variaciones pueden deberse al azar, y en este caso solemos referirnos a las mismas como causas sistémicas, o a aspectos relacionados con las personas, los profesionales, la organización, el entorno, etc, y entonces hablamos de causas extra sistémicas. Estas últimas serán el objetivo de

un sistema de monitorización, y nos señalarán los aspectos que hemos de trabajar para mejorar la calidad de la atención prestada.

En cualquier caso, la monitorización tiene como finalidad última identificar problemas, situaciones mejorables o bien desviaciones, y los indicadores actúan llamando la atención o alertando sobre esta posibilidad.

Para cada indicador, se pueden definir apartados como los que se muestran en la figura siguiente:

Nombre del indicador	
<b>Dimensión</b>	Aspecto relevante de la asistencia que se valora.
<b>Justificación</b>	Utilidad del indicador como medida de calidad. Se relaciona con la validez (¿tiene sentido aquello que mediremos?).
<b>Fórmula</b>	Expresión matemática.
<b>Explicación de términos</b>	Definición de términos del indicador que puedan ser ambiguos.
<b>Población</b>	Definición clara de la unidad de estudio.
<b>Tipo</b>	Estructura, proceso o resultado.
<b>Fuente de datos</b>	Origen y secuencia de obtención de datos.
<b>Estándar</b>	Nivel deseable de cumplimiento del criterio.
<b>Comentarios</b>	Reflexión sobre la validez del indicador. Identificar posibles factores de confusión. Fuentes de referencia.

*Figura 6: Diseño de un Indicador. Societat Catalana de Medicina d'Urgència, Fundació Avedis Donabedian. (146)*

Hay que mencionar que no siempre es posible definir el estándar de cada indicador debido a la variabilidad de las fuentes que se consultan o a la ausencia de datos de referencia. En estos casos, se puede utilizar la expresión “estándar no establecido”.

En otras ocasiones, el estándar se puede situar en el 100% o 0% cuando se considera que se trata de situaciones o actividades fundamentales y, por tanto, es preciso asegurarse de que lo básico se está llevando a cabo correctamente.

Algunos indicadores no pueden ser medidos de forma efectiva si no se dispone de un sistema de codificación de motivos de consulta. Esta situación hace necesario que conste en el encabezamiento de esos indicadores.

Con los “indicadores de calidad” se miden aspectos concretos y específicos de la atención, facilitándose de este modo el conocimiento del nivel de calidad del servicio. Los indicadores previamente diseñados permiten acercarse a una información válida, fiable y objetiva.

El método seguido para la elaboración de los indicadores favorece la implantación del sistema de evaluación, cuando están elaborados por los mismos profesionales que los van a utilizar, y de forma consensuada., se dispone de un estándar de referencia que permite comparar los resultados del indicador en cada centro, con el nivel de calidad consensuado (estándar).

**Indicador:** Es una variable que hace referencia a algún aspecto de la asistencia, considerado como relevante y que puede ser fácilmente cuantificado. Debe ser un sistema de medida común y homogénea para todos los servicios de urgencias.

El indicador es una “señal de alarma” precoz a la hora de identificar áreas de mejora y, por tanto, de poder adecuar las medidas correctoras a los déficit detectados. De la misma manera, el indicador identifica áreas de excelencia. En la medida en que los indicadores sean utilizados por todos los servicios de urgencias, habrá la posibilidad de realizar acciones de *benchmarking* entre los diferentes servicios de urgencias hospitalarias.

Se define como **indicador** de calidad a la expresión numérica de un determinado atributo de la atención médica, previamente definido en términos que facilitan su medición.

Se define como **índice** de calidad a un conjunto de indicadores cuyos atributos relacionados entre sí ya sea por área de atención, tipo de actividad observada, o percepción de resultados por parte de los usuarios, en los que la medición sea susceptible de expresión cuantitativa.

### **Características:**

- ✓ Pertinentes.
- ✓ Generales, sintetizando más de un atributo de la calidad asistencial, con alguna excepción.
- ✓ Aportan información sobre el funcionamiento global del servicio o dispositivo sanitario de que se trate, más que de la calidad en la atención de un proceso clínico en particular.
- ✓ Aparente facilidad para su obtención.
- ✓ Básicos para construir sobre ellos otros de mayor especificidad en etapas posteriores.

### **Grupos de indicadores:**

- ✓ **De actividad** asistencial.
- ✓ **De calidad**, que informan sobre distintos aspectos de la misma.
- ✓ **De Seguridad**.
- ✓ **De Actividad**.

### **Características que determinan el éxito de los programas de calidad:**

- ✓ Organización: La organización deberá previamente funcionar bien. Deberá ser de estructura ágil.
- ✓ Liderazgo: Como compromiso explícito y formal por parte de la dirección.
- ✓ Estructura: El diseño de ésta deberá ser lo más plano posible.
- ✓ Comunicación – Relaciones: Las relaciones profesionales -paciente han ser el eje de nuestras actuaciones.
- ✓ Descentralización: La capacidad de tomar decisiones ha de alcanzar los niveles más bajos de la organización.
- ✓ Autonomía: Los profesionales cuentan con toda y plena libertad intelectual.
- ✓ Paciente: Será el eje de todas las actuaciones.

- ✓ Personal: Se podrá hacer una selección de perfiles adecuados para la mejora de la calidad.
- ✓ Conocimiento: El saber y las habilidades de las personas se fomentan desde la organización.
- ✓ Formación: Se considera rentable por los beneficios que ofrece.
- ✓ Participación: Formación de grupos de trabajo y otras fórmulas de implicación.
- ✓ Ética: Elaboración de códigos éticos y deontológicos comprometidos.
- ✓ Mejora: Creación de una cultura de mejora continua.
- ✓ Instrumentos: Aplicación de conceptos como la medicina basada en la evidencia, la gestión clínica y el benchmarking.
- ✓ Procesos: Identificación de los procesos y normalización de la actividad.
- ✓ Protocolización: Estandarización de la asistencia que se ofrece.
- ✓ Información: Desarrollo de sistemas que faciliten todas las tareas y ayuden a evaluar.
- ✓ Certificación: Uso de fórmulas como ISO, modelo EFQM u otros estándares como los de la Joint Commission.
- ✓ Coordinación: Cooperación entre los diferentes niveles asistenciales: primaria, especializada.
- ✓ Recursos: Dedicar esfuerzos y recursos a analizar los resultados.
- ✓ Programación: Establecer programas de calidad propiamente dichos.
- ✓ Valores: Ser capaces de incorporar a la actividad los valores de la sociedad.
- ✓ Diagnóstico: factores a tener en cuenta ante la puesta en marcha de un programa de calidad.

# **MATERIAL Y MÉTODOS**

### III.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

La unidad de análisis de nuestro estudio ha sido el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias de Tenerife.

El período de estudio ha sido el comprendido entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2005.

Para la consecución de los objetivos del trabajo, en primer lugar, se efectuó un análisis de la literatura científica y un estudio pormenorizado de experiencias de evaluación de calidad realizadas en Urgencias hospitalarias.

El trabajo se estructura en dos bloques:

1. Aplicación de los indicadores de actividad-calidad en el Servicio de Urgencias del HUC
2. Aplicación de los indicadores de calidad en el Servicio de Urgencias del HUC.

Para la recogida de información registrada en el Hospital Universitario de Canarias respecto al Servicio de Urgencias se utiliza **un protocolo**, que es una **versión adaptada** del Sistema Nacional de Salud (CMBD) (153), y su diseño es cualitativo. Para el desarrollo del trabajo de investigación se requiere una revisión de los criterios del protocolo original para adaptarlo a las circunstancias específicas del trabajo del área de urgencias.

El protocolo consta de dos apartados:

**1. Indicadores de actividad-calidad con 21 indicadores.**

La información se ha obtenido a partir de los datos registrados en Auditoría Interna del propio centro, Servicio de información al paciente y Servicio de hostelería del Hospital Universitario de Canarias.

A cada indicador se le ha aplicado la fórmula pertinente para su cuantificación. Los datos son recogidos de forma mensual y los acumulados anuales. Se mencionan los indicadores que no se registran y por ello, no pueden contabilizarse en el modelo.

**2. Indicadores Calidad, con 15 indicadores.**

La información se ha obtenido de los datos registrados en Auditoría Interna del propio Centro, Servicio de información al paciente, Servicio de admisiones, Codificación, Archivo de historias y del propio Servicio de urgencias del Hospital Universitario de Canarias.

A cada indicador se le ha aplicado la fórmula pertinente para su cuantificación. Los datos son recogidos de forma mensual y acumulada anual. Se mencionan los indicadores que no se registran y por ello, no pueden contabilizarse en el modelo (154), (155), (156).

## **III.2. MODELOS PROTOCOLO DE RECOGIDA INFORMACIÓN**

Como hemos mencionado este protocolo lo dividimos en dos partes, una referida a los indicadores de actividad-calidad y otra a los indicadores de calidad, cada una ellas con sus subindicadores.

### III.2.1. PROTOCOLO PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN ACTIVIDAD-CALIDAD

Este protocolo consta de 21 Indicadores. A cada uno se le ha asignado un código (A-C1- A-C 21) como se observa en la Tabla 1.

Tabla 1. Indicadores de actividad-calidad

<b>Código</b>	<b>INDICADOR</b>
<b>C: A-C 1</b>	<b>URGENCIAS TOTALES</b>
<b>C: A-C 2</b>	<b>URGENCIAS TOTALES X 1000 Habitantes</b>
<b>C: A-C 3</b>	<b>Nº CONSULTAS URGENTES</b>
<b>C. A-C 4</b>	<b>FRECUENTACIÓN RELATIVA ANUAL</b>
<b>C: A-C 5</b>	<b>FRECUENTACIÓN RELATIVA DIARIA</b>
<b>C: A-C 6</b>	<b>URGENCIAS REGISTRADAS</b>
<b>C: A-C 7</b>	<b>URGENCIAS/DIA</b>
<b>C: A-C 8</b>	<b>PRESIÓN URGENCIAS</b>
<b>C: A-C 9</b>	<b>URGENCIAS ATENDIDAS</b>
<b>C: A-C 10</b>	<b>PROMEDIO DIARIO URGENCIAS ATENDIDAS</b>
<b>C: A-C 11</b>	<b>PROMEDIO DIARIO URGENCIAS INGRESADAS</b>
<b>C: A-C 12</b>	<b>PROMEDIO DIARIO URGENCIAS NO INGRESADAS</b>
<b>C: A-C 13</b>	<b>URGENCIAS ATENDIDAS POR TURNOS</b>
<b>C: A-C 14</b>	<b>URGENCIAS INGRESADAS</b>
<b>C: A-C 15</b>	<b>URGENCIAS INGRESADAS POR ÁREAS</b>
<b>C: A-C 16</b>	<b>URGENCIAS DERIVADAS</b>
<b>C: A-C 17</b>	<b>URGENCIAS DERIVADAS POR HOSPITALES</b>
<b>C: A-C 18</b>	<b>OBSERVACION DE URGENCIAS</b>
<b>C: A-C19</b>	<b>ALTAS</b>
<b>C: A-C 20</b>	<b>ALTAS VOLUNTARIAS</b>
<b>C: A-C 21</b>	<b>FALLECIMIENTOS EN URGENCIAS</b>

A continuación se muestra cada indicador con sus subindicadores, la definición del mismo y la referencia de cálculo.

INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD		Código Indicador
Catálogo Indicadores		A-C 1
Indicador	<b>URGENCIAS TOTALES</b>	
Definición y significado del Indicador	Número de enfermos atendidos y registrados en urgencias con independencia de si se ha producido o no su ingreso. Se excluyen las urgencias generadas por enfermos ya ingresados (partes de interconsultas urgentes).(157)	
Cálculo	<b><i>número de enfermos atendidos + registrados en urgencias</i></b>	
<b>Subindicadores</b>		

INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD		Código Indicador
Catálogo Indicadores		A-C 2
Indicador	<b>URGENCIAS TOTALES X 1000 HABITANTES</b>	
Definición y significado del Indicador	Total de urgencias atendidas por población asignada en el período de estudio.	
Cálculo	<b><i>Total Urgencias Atendidas</i></b> <b><i>X 1000</i></b> <b><i>Población Asignada (total habitantes).</i></b>	
<b>Subindicadores</b>		

<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD</b>		Código Indicador <b>A-C- 3</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>NÚMERO DE CONSULTAS URGENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS.</b>	
Definición y significado del Indicador	Describe el número total de consultas de asistencia sanitaria realizadas en un periodo de tiempo determinado, incluye las consultas administrativas e informativas.	
Cálculo	<b>Nº de casos que cumplen el requisito en un período de tiempo dado.</b>	
<b>Subindicadores</b>		

<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD</b>		Código Indicador <b>A-C- 4</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>FRECUENTACIÓN RELATIVA ANUAL.</b>	
Definición y significado del Indicador	<p>Mide la cantidad promedio de consultas urgentes realizadas en relación con la población bajo cobertura del Centro en un período de tiempo de un año.</p> <p>Se define como población cubierta la del censo de población en el área geográfica de cobertura asignada al Centro (158).</p>	
Cálculo	$\frac{\text{Numero total de consultas en el periodo determinado} \times 100.000}{\text{Población censada}}$	
Subindicadores		

<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD</b>		Código Indicador <b>A-C- 5</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>FRECUENTACIÓN RELATIVA DIARIA.</b>	
Definición y significado del Indicador	<p>Mide el número promedio de pacientes que consultan cada día en un Centro en relación con la población bajo cobertura.</p>	
Cálculo	$\frac{\text{Nº pacientes atendidos en período T. / Nº días del período}}{\text{Población censada en el área de cobertura} / 1000}$	
Subindicadores		

<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD</b>		Código Indicador <b>A-C 6</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>URGENCIAS REGISTRADAS</b>	
Definición y significado del Indicador	Todas las solicitudes de atención en URG con independencia de su procedencia, motivo y naturaleza de la asistencia, de la duración de la misma y del destino del paciente al ser dado de alta.	
Cálculo	<b><u>Solicitudes URG contabilizada</u></b> <b>periodo estudio</b>	
<b>Subindicadores</b>	Urgencias registradas que no procede	

<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD</b>		Código Indicador <b>A-C 7</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>URGENCIAS/ DÍA</b>	
Definición y significado del Indicador	Promedio diario de urgencias atendidas en el hospital durante el período	
Cálculo	<b><u>Total Urgencias Atendidas</u></b> <b>Número de días del periodo (mes/año)</b>	
<b>Subindicadores</b>		

<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD</b>		Código Indicador <b>A-C 8</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>PRESIÓN DE URGENCIAS</b>	
Definición y significado del Indicador	Proporción de ingresos urgentes del hospital sobre el total de ingresos del período	
Cálculo	$\frac{\text{Total de Ingresos Urgentes}}{\text{Total de Ingresos (programados + Urgentes)}} \times 100$	
<b>Subindicadores</b>		

<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD</b>		Código Indicador <b>A-C 9</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>URGENCIAS ATENDIDAS</b>	
Definición y significado del Indicador	<p>Número de enfermos atendidos y registrados en urgencias. Se excluyen las consultas generadas por enfermos ya ingresados</p> <p>2º.- Número de urgencias atendidas y registradas que no generen ingreso hospitalario.(159)</p>	
Cálculo	$\frac{\text{Total de Urgencias Atendidas-Urgencias no Ingresadas}}{\text{Urgencias Atendidas}} \times 100$ <p><i>Donde: Urgencias no ingresadas: Número de urgencias atendidas y registradas que no generen ingreso hospitalario</i></p>	
<b>Subindicadores</b>	<p>1º.- Ingresadas</p> <p>2º.- No Ingresadas</p>	

<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD</b>		Código Indicador <b>A-C- 10</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>PROMEDIO/DIARIO URGENCIAS ATENDIDAS</b>	
Definición y significado del Indicador	Urgencias atendidas día	
Cálculo	<b><u>Urgencias atendidas</u></b> <b>nº de días periodo estudio</b>	
<b>Subindicadores</b>		

<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD</b>		Código Indicador <b>A-C 11</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>PROMEDIO/DIARIO URGENCIAS INGRESADAS</b>	
Definición y significado del Indicador	Es el número promedio de urgencias ingresadas del total de las atendidas en el día.	
Cálculo	Total urgencias atendidas día menos urgencias no ingresadas	
<b>Subindicadores</b>		

<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD</b>		Código Indicador <b>A-C 12</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>PROMEDIO / DIARIO URGENCIAS NO INGRESADAS</b>	
Definición y significado del Indicador	Es el número promedio de urgencias no ingresadas del total de las atendidas en el día.	
Cálculo : Total urgencias atendidas día menos urgencias ingresadas		
<b>Subindicadores</b>		

<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD</b>		Código Indicador <b>A-C 13</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>URGENCIAS ATENDIDAS POR TURNO</b>	
Definición y significado del Indicador	Número de urgencias atendidas distribuidas según turnos trabajo	
Cálculo: <b><u>Total de urgencias atendidas en cada Turno</u></b> <b>Periodo Tiempo</b>		
<b>Subindicadores</b>	<b>Adultos</b> <b>Niños</b>	

<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD</b>		Código Indicador <b>A-C 14</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>URGENCIAS INGRESADAS</b>	
Definición y significado del Indicador	Proporción de urgencias atendidas en las que se produce ingreso en el hospital	
Cálculo	<b><u>nº de Urgencias ingresadas x 100</u></b> <b>nº. de urgencias atendidas</b>	
<b>Subindicadores</b>	1º.- %urgencias ingresadas s/total ingresos H.U.C 2º.-% de urgencias ingresadas/sobre atendidas	

<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD</b>		Código Indicador <b>A-C 15</b>
---	--	-----------------------------------

Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>URGENCIAS INGRESADAS POR ÁREAS</b>	
Definición y significado del Indicador	Urgencias ingresadas en las diferentes especialidades médica	
Cálculo	<b><u>Total Urgencias Ingresadas en Especialidad Médica</u></b> <b>Período Tiempo</b>	
<b>Subindicadores</b>		

<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD</b>		Código Indicador <b>A-C 16</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>URGENCIAS DERIVADAS</b>	
Definición y significado del Indicador	Toda urgencia atendida y registrada, que no generando ingreso hospitalario en el Centro, se deriva para su ingreso en otro Hospital propio o concertado <b>(160)</b> .	
Cálculo		
<b>Subindicadores</b>	% Urgencias derivadas/atendidas Promedio diario URG derivadas	

<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD</b>		Código Indicador <b>A-C 17</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>URGENCIAS DERIVADAS POR HOSPITALES</b>	
Definición y significado del Indicador	Toda urgencia atendida y registrada, que no generando ingreso hospitalario en el Centro, se deriva para su ingreso en otro Hospital.	
Cálculo		
<b>Subindicadores</b>		

<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD</b>		Código Indicador
		<b>A-C 18</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>OBSERVACION DE URGENCIAS</b>	
Definición y significado del Indicador	<b>Área de observación (AO)</b> Donde habitualmente son ingresados aquellos pacientes en los que tras esa primera asistencia en el área de consultas, persiste una incertidumbre diagnóstica o evolutiva, se prevea que el proceso agudo del sujeto puede resolverse completamente con una breve estancia de no más de 24 horas o bien el paciente sólo requiera la realización de maniobras diagnósticas o terapéuticas tras cuya realización es dado de alta <b>(161),(162)</b>	
Cálculo		
<b>Subindicadores</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Altas desde urgencias.</li> <li>2. Pacientes en observación de Urgencias</li> <li>3. Pacientes en observación de Urgencias que ingresan en hospitalización.</li> <li>4. Pacientes en observación de Urgencias % por tramos</li> <li>5. Pacientes en observación de Urgencias que ingresan en hospitalización % por tramos.</li> <li>6. Pacientes en observación de Urgencias con altas desde Urgencias.</li> <li>7. Pacientes en observación de Urgencias con altas desde Urgencias % por tramos.</li> </ol>	

<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD</b>		Código Indicador <b>A-C 19</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>ALTAS</b>	
Definición y significado del Indicador	Situación por la que el paciente ingresado en un servicio de Urgencias deja dicho servicio por curación, mejoría, fallecimiento, traslado o alta voluntaria	
Cálculo		
<b>Subindicadores</b>		

<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD</b>		<b>Código Indicador</b> <b>A-C 20</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>ALTAS VOLUNTARIAS</b>	
Definición y significado del Indicador	Alta voluntaria. Cuando el alta se produce a instancias del propio paciente o cuando éste abandona el servicio de URGENCIAS, sin que exista indicación médica o sin conocimiento del hospital.	
Cálculo		
<b>Subindicadores</b>	URGENCIAS. ALTA VOLUNTARIA/DIA	

En este indicador no se incluyen las *altas sin culminación de asistencia*, es decir de las que abandonan el Servicio y Altas Voluntarias.

Según los datos procedentes de Eurostat: Se produce un alta (hospitalaria o de cualquier otro establecimiento de atención sanitaria) cada vez que un paciente (o residente) lo abandona por fallecimiento, alta médica, alta voluntaria en contra de la recomendación médica o traslado.

<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD</b>		Código Indicador <b>A-C 21</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>FALLECIMIENTOS</b>	
Definición y significado del Indicador	Número de pacientes fallecidos en el área de urgencias sin, haber causado ingreso.	
Cálculo	<b><u>Nº de pacientes fallecidos en urgencias sin haber causado ingreso</u></b> <b>periodo estudio</b>	
<b>Subindicadores</b>	Fallecimientos en urgencias Fallecimientos en observación de urgencias	

### III.2.2. PROTOCOLO PARA RECOGIDA DE INFORMACIÓN DE CALIDAD

Los indicadores de calidad son aquellos que miden aspectos cualitativos del proceso de asistencia de la urgencia.

Estos indicadores miden el funcionamiento del servicio de urgencias desde el punto de vista organizativo y de la calidad de los procesos.

Este modelo consta de 15 Indicadores y sus respectivos subindicadores (C-1 al C-15). A cada indicador se le ha asignado un código como se observa en la Tabla 2.

Tabla 2. Indicadores de calidad

CÓDIGO	INDICADOR
C: C-1	Tiempo de respuesta asistencia facultativa (en minutos)
C: C-2	Tiempo medio de permanencia en urgencias
C: C-3	Grado de cumplimentación de la historia clínica
C: C-4	Información a pacientes y familiares
C: C-5	Codificación diagnóstica de altas
C: C-6	Calidad Codificación diagnóstica de altas
C: C-7	Proporción de ingresos
C: C-8	Tasa de retorno a urgencias
C: C-9	Tasa de retorno a urgencias con ingreso posterior
C: C-10	Tiempo de respuesta en triage (en minutos)
C: C-11	Proporción clasificación Triage
C: C-12	Protocolización Presencia de protocolos en el servicio de urgencias
C: C-13	Conocimiento de los protocolos por los profesionales
C: C-14	Tasa de mortalidad en urgencias
C: C-15	Reclamaciones

<b>INDICADORES DE CALIDAD</b>		<b>Código Indicador</b> <b>C- 1</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>Tiempo de respuesta en la primera asistencia facultativa.</b>	
Definición y significado del Indicador	<p>Es el tiempo transcurrido desde la hora de llegada del enfermo al Servicio de urgencias, hasta que toma el primer contacto personal con un médico del equipo asistencial. Se utilizará el tiempo promedio de los casos incluidos para el cálculo del indicador.</p> <p>Nos sirve para medir la eficacia y eficiencia del servicio de urgencias, evitando demoras en la asistencia inicial de la patología grave (163).</p>	
Cálculo	$\frac{\Sigma(\text{Hora contacto sanitario-Hora llegada paciente})}{\text{Nº de servicios incluidos}}$	
<b>Subindicadores</b>	<p>El tiempo resultante de esta fórmula se expresará en minutos y segundos Criterios de exclusión de casos para el cálculo del indicador :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencias anuladas o interrumpidas.</li> <li>• Asistencias en las que no hay constancia de la hora de llegada del paciente al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, justificada documentalmente.</li> <li>• Asistencias realizadas en las que no hay constancia de la hora de contacto sanitario, justificada documentalmente</li> </ul>	

<b>INDICADORES DE CALIDAD</b>		<b>Código Indicador</b> <b>C- 2</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>Tiempo medio de permanencia en urgencias</b>	
Definición y significado del Indicador	Tiempo total que permanece el paciente en un SUH, desde que llega hasta que abandona el mismo, sea por alta, por ingreso, por fallecimiento, por traslado a una unidad de observación o por traslado a otro centro <b>(164)</b> .	
Cálculo	$\frac{\Sigma \text{tiempos permanencia de todos los pacientes atendidos en un determinado periodo de tiempo}}{\text{Numero total de pacientes atendidos en dicho periodo}}$	
Subindicadores		

<b>INDICADORES DE CALIDAD</b>		<b>Código Indicador</b> <b>C- 3</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>Grado de cumplimentación de la historia clínica.</b>	
Definición y significado del Indicador	Porcentaje de cumplimentación en la historia clínica de manera legible del conjunto de apartados considerados básicos <b>(165)</b> .	
Cálculo	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ apartados correctamente cumplimentados}}{\text{N}^{\circ} \text{ apartados básicos} \times \text{N}^{\circ} \text{ total de historias clínicas evaluadas}} \times 100$	
Subindicadores	<b>Procedimiento:</b> Los siguientes apartados se consideran básicos en toda historia clínica:	

	<p><b>Identificación del paciente:</b> Debe recoger los datos de filiación, domicilio, sexo y edad. Se anotará como “desconocido” ante la imposibilidad de recoger los datos.</p> <p>Hora de toma de contacto con el Servicio.</p> <p>Hora de asistencia por el facultativo.</p> <p>Motivo de consulta.</p> <p>Prioridad. Debe recogerse la prioridad en la asistencia sobre la base de 4 grados de severidad:</p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Emergencia.</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Urgencia.</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Patología urgente.</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Urgencias relativas - no urgente.</i></p> <p><b>Antecedentes personales:</b> debe reflejarse como “desconocido” ante la imposibilidad de comunicación con el paciente.</p> <p>Anamnesis.</p> <p>Exploración física.</p> <p><b>Pruebas complementarias:</b> debe reflejarse las realizadas.</p> <p><b>Diagnóstico:</b> debe anotarse una aproximación diagnóstica</p> <p><b>Historia de Enfermería</b></p> <p><b>Tratamiento administrado:</b> debe reflejarse el tratamiento aplicado basándose en los signos y síntomas evaluados.</p> <p><b>Código diagnóstico:</b> debe reflejarse el código más acorde con el Diagnóstico emitido basándose en la selección de códigos diagnósticos de la CIE-9MC. Para los servicios de Urgencias. Puede diferirse en casos en que por la actuación urgente así lo determine.</p> <p><b>Tratamiento prescrito:</b> se describirá el tratamiento y los cuidados de Enfermería que se recomiendan y que garanticen la continuidad de cuidados.</p> <p><b>Destino:</b> Ingreso o alta: en esta última, debe reflejarse donde se ha derivado al paciente, Médico de Familia, domicilio.</p> <p>Hora de salida del centro sanitario.</p> <p>Identificación del facultativo responsable.</p>
--	---

INDICADORES DE CALIDAD		Código Indicador
Catálogo Indicadores		C- 4
Indicador	<b>Información a pacientes y familiares</b>	
Definición y significado del Indicador	Mide el hecho de que el paciente y sus familiares han sido informados acerca de: la identificación del médico responsable, motivo de consulta (impresión inicial, procedimientos y técnicas a realizar, circuitos en el SUH, diagnóstico y plan terapéutico, si existe y procede.	
Cálculo	<p><b>Medición:</b> Se recomienda medir los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de un Plan de información del Servicio de Urgencias, basado en las líneas generales de la Guía Hospitalaria sobre la Información a Pacientes y Familiares. Se medirá por variable dicotómica (existencia del plan de información documentado: sí/no).</li> <li>• Existencia de información previa sobre el funcionamiento del servicio de urgencias. Se aconseja disponer de folletos en la sala de espera y reforzarlo con información escrita en las salas de espera u oral por parte de admisiones en la llegada. Se medirá por variable dicotómica (presencia de información previa: sí/no).</li> <li>• El resto de los aspectos relacionados con la información podrán medirse a partir de las preguntas que sobre este aspecto incluye "El informe del usuario", la nueva EPH que va a ser implantada en los hospitales del Insalud.</li> </ul>	
<b>Subindicadores</b>		

INDICADORES DE CALIDAD		Código Indicador
Catálogo Indicadores		C- 5
Indicador	Codificación diagnóstica de altas	
Definición y significado del Indicador	<p>Es el porcentaje de historias clínicas en las que consta en el alta como primer diagnóstico el código de la patología aguda o del problema de salud que motivó la asistencia por el equipo sanitario en un período de tiempo determinado.</p> <p>Podrán codificarse también los diagnósticos de la enfermedad principal, los secundarios y de los procedimientos empleados, anotando con claridad en estos casos cuál es el primer diagnóstico.</p> <p>En todos los Servicios y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias se empleará la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su 9ª Revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC) para la codificación diagnóstica de las asistencias realizadas (166).</p>	
Cálculo	<p align="center"><b><u>Nº Hª Clínica donde consta Código diagnóstico x 100</u></b></p> <p align="center"><b>Nº Hª. Clínicas evaluadas</b></p>	
Subindicadores		

<b>INDICADORES DE CALIDAD</b>		<b>Código Indicador</b> <b>C- 6</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>Calidad de la codificación diagnóstica</b>	
Definición y significado del Indicador	<p>Es el nivel de precisión en la asignación que se hace del código de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC) a la sospecha diagnóstica.</p> <p>El indicador es el Índice de Calidad de Codificación Diagnóstica (ICCD) que estima la congruencia entre las codificaciones efectuadas según la CIE-9-MC, reseñadas en las historias clínicas de los pacientes asistidos y el diagnóstico literal de la causa que justificó la asistencia que realiza el facultativo.</p>	
Cálculo		
<b>Subindicadores</b>		

<b>INDICADORES DE CALIDAD</b>		<b>Código Indicador</b> <b>C- 7</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>Proporción de ingresos</b>	
Definición y significado del Indicador	Numero de pacientes que requiere ingreso del total de urgencias atendidas.	
Cálculo	$\frac{\text{Numero de pacientes ingresados con carácter de urgente por el Servicio Urgencias Hospitalario}}{\text{Numero total de urgencias atendidas en un periodo definido}} \times 100$	
<b>Subindicadores</b>		

INDICADORES DE CALIDAD		Código Indicador
Catálogo Indicadores		C-8
Indicador		Tasa de retorno
Definición y significado del Indicador	Mide la cantidad de pacientes que, tras ser atendidos en SUH y ser dados de alta, regresa él mismo en las 72 horas siguientes (3 días) por cualquier causa. Indirectamente da una medida de la calidad técnica de las soluciones dadas por el SUH. Si bien, en sentido estricto deberían tenerse en cuenta únicamente los que vuelven por el mismo motivo, resulta muy difícil, cuando no imposible, considerar si es o no el mismo motivo el que hace retornar. En este sentido, una complicación o un síntoma nuevo sobrevenido en el curso de un problema no bien resuelto podrían falsear la bondad del dato.	
Cálculo	$\frac{\text{Numero de pacientes que regresan a Urgencias en 72 horas siguientes a su atención}}{\text{Numero total de enfermos no ingresados}} \times 100$	
Subindicadores	Tasa de retorno antes de 72 horas (descontando obstetricia). Tasa de retorno antes de 72 horas con ingreso posterior (descontando obstetricia). tasa de retorno % ingresados sobre readmisiones.	

<b>INDICADORES DE CALIDAD</b>		<b>Código Indicador</b> <b>C-9</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>Tasa de retorno antes de 72 horas con ingreso posterior</b>	
Definición y significado del Indicador	Mide la cantidad de pacientes que, tras ser atendidos en SUH y ser dados de alta, regresa él mismo en las 72 horas siguientes (3 días) por cualquier causa y requieren ingreso. Indirectamente da una medida de la calidad técnica de las soluciones dadas por el SUH. Si bien, en sentido estricto deberían tenerse en cuenta únicamente los que vuelven por el mismo motivo, resulta muy difícil, cuando no imposible, considerar si es o no el mismo motivo el que hace retornar. En este sentido, una complicación o un síntoma nuevo sobrevenido en el curso de un problema no bien resuelto podrían falsear la bondad del dato.	
Cálculo	$\frac{\text{Numero de pacientes que regresan a Urgencias en 72 horas siguientes a su atención e ingresan}}{\text{Numero total de enfermos no ingresados}} \times 100$	
<b>Subindicadores</b>	Tasa de retorno % ingresados sobre readmisiones.	

<b>INDICADORES DE CALIDAD</b>		<b>Código Indicador</b> <b>C- 10</b>
<b>Catálogo Indicadores</b>		
<b>Indicador</b>	<b>Tiempo de respuesta en triage.</b>	
Definición y significado del Indicador	Es el tiempo transcurrido desde la hora de llegada del enfermo al Servicio de Urgencias, hasta que toma el primer contacto personal con el médico o el enfermero responsable del triage. Se utilizará el tiempo promedio de los casos incluidos para el cálculo del indicador (167)	
Cálculo	<b><u>Hora contacto sanitario-Hora llegada paciente</u></b> <b>Nº de servicios incluidos</b>	
<b>Subindicadores</b>	Criterios de exclusión de casos para el cálculo del indicador : *Asistencias anuladas interrumpidas. *Asistencias en las que no hay constancia de la hora de llegada del paciente al Urgencias, justificada documentalmente. *Asistencias realizadas en las que no hay constancia de la hora de contacto sanitario, justificada documentalmente.	

<b>INDICADORES DE CALIDAD</b>		<b>Código Indicador</b> <b>C- 11</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>Porcentaje de Clasificación de Triage en el Servicio de Urgencias.</b>	
Definición y significado del Indicador	Es la proporción de pacientes que se registran en el servicio de urgencias y a quienes se les aplica una clasificación de Triage (168)	
Cálculo	$\frac{\text{Nº de pacientes clasificados por Triage X 100}}{\text{Nº de pacientes registrados servicio de Urgencias}}$	
<b>Subindicadores</b>		

<b>INDICADORES DE CALIDAD</b>		<b>Código Indicador</b> <b>C- 12</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>Protocolización</b>	
Definición y significado del Indicador	Bajo este epígrafe se incluyen dos indicadores que pretenden aportar información tanto de la existencia de protocolos en el centro sanitario, como de su conocimiento por los profesionales. Presencia física de los protocolos en los servicios de Urgencias.(169)	
Cálculo		
<b>Subindicadores</b>		

<b>INDICADORES DE CALIDAD</b>		<b>Código Indicador</b> <b>C- 13</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>Conocimiento de los protocolos por los profesionales.</b>	
Definición y significado del Indicador	Conocimiento de los protocolos por los profesionales del Servicio de Urgencias	
Cálculo		
<b>Subindicadores</b>		

<b>INDICADORES DE CALIDAD</b>		<b>Código Indicador</b> <b>C- 14</b>
Catálogo Indicadores		
Indicador	<b>Tasa de mortalidad en urgencias</b>	
Definición y significado del Indicador	Mide la proporción de pacientes que fallecen en el SUH habiendo accedido con vida al mismo. Se excluyen los que, ingresando cadáver, no reciben ninguna maniobra de reanimación ni otros actos terapéuticos. Incluye a todos los fallecidos por cualquier causa durante su permanencia en el Servicio de Urgencias y sus dependencias (incluyendo los desplazamientos a salas para pruebas diagnósticas tales como Radiología, etc.). Así como durante los traslados internos.	
Cálculo	$\frac{\text{Nº pacientes fallecidos en SU en un período de tiempo definido} \times 100}{\text{Número total de pacientes atendidos en el SU en el mismo período de tiempo}}$	
<b>Subindicadores</b>		

INDICADORES DE CALIDAD		Código Indicador C- 15
Catálogo Indicadores		
Indicador		<b>Reclamaciones</b>
Definición y significado del Indicador	<p>Además de las encuestas y estudios de opinión, uno de los métodos existentes para “escuchar la voz del cliente” es la medición indirecta de la satisfacción, a través de la recogida y análisis de las quejas y reclamaciones que interponen los usuarios.</p> <p>Recomendación nº R 5 (2000), del Consejo de Europa establece que “la recopilación y análisis sistemático de las reclamaciones de los pacientes debe utilizarse para reunir información sobre la calidad de la asistencia sanitaria y como indicación de las áreas y aspectos que necesitan mejorarse</p> <p>Es el porcentaje de reclamaciones de usuarios formuladas por escrito sobre el total de demandas asistenciales.</p> <p>En todos los Servicios de Urgencias se mantendrá un archivo de todas las reclamaciones efectuadas por los usuarios. Se contabilizarán todas las reclamaciones presentadas por escrito, cualquiera que sea el soporte en que lo haga la persona que la realiza y aspecto afectado. También se tendrán en cuenta aquellas reclamaciones que incluyan a otras Unidades Funcionales, independientemente de que se proporcione al usuario una respuesta única o múltiple. En caso de duda sobre la asignación, se asumirá el criterio de la Dirección del Centro o, en su defecto, de la Unidad de Atención al Paciente (170),(171),(172).</p>	

Cálculo	<p><i>Fórmula:</i>  <u>Nº reclamaciones formuladas por escrito x 100</u>  Nº de demandas asistenciales en el periodo determinado</p>
Subindicadores	<p>Motivos reclamaciones mas importantes.  clasificación y definiciones de las reclamaciones:</p> <p><b>1. Reclamaciones relativas a la estructura:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Limpieza: referidas al estado de limpieza de las instalaciones.</li> <li>*Habitabilidad: referidas al grado de confortabilidad del entorno físico.</li> <li>* Recursos materiales: Falta, disfunción, deterioro o insuficiencia de aparatos clínicos, instalaciones, estructura física y dotación de material.</li> <li>*Señalización general del Servicio: falta o insuficiencia de la señalización del centro.</li> <li>*Cocina: cuando se considera que la comida recibida por los pacientes está fría, escasa, en mal estado, mal preparada o mal presentada.</li> <li>* Lencería: falta, escasez, suciedad o deterioro del material textil.</li> <li>*Transporte: deficiencias, demoras o cualquier otro problema producido en los traslados en ambulancia.</li> <li>* Otros: cualesquiera relativos a la estructura que no estén contemplados en los ítems anteriores.</li> </ul> <p><b>2. Reclamaciones relacionadas con la administración y organización del centro:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Organización y normas: normas que regulan el funcionamiento del, servicio o unidad, incluidos los trámites administrativos y las normas consuetudinarias</li> <li>*Información general recibida: falta o desvirtuación de la información general del servicio dada al usuario o cuando ésta es incompleta.</li> <li>*Desaparición o sustracción de objetos o documentos: No localización de cualquier pertenencia del usuario o de informes, expedientes, historias clínicas, pruebas diagnósticas....</li> <li>*Cobro de honorarios: percepción indebida de honorarios.</li> <li>*Otros: cualesquiera reclamación relacionada con la administración y organización del centro que esté motivada por causas diferentes a las contempladas en los ítems anteriores.</li> </ul> <p><b>3. Reclamaciones relativas a la asistencia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Denegación o falta de asistencia: Al usuario se le ha negado la asistencia, o éste considera que se le ha prestado una asistencia insuficiente o ha carecido de la misma.</li> <li>*Incumplimiento de horario: falta de puntualidad o ausencia total o parcial del personal durante la jornada laboral.</li> <li>Suspensión del acto asistencial: se suspende un acto asistencial que estaba previsto realizar.</li> </ul>

	<p>*Trato personal: aspecto humano, estilo o modo de relacionarse con el usuario o de comunicar con él, incluyendo las faltas de respeto y consideración con el público en general o con el resto del personal.</p> <p>* Disconformidad con la asistencia recibida y/o el tratamiento aplicado: El usuario considera que no se han puesto los medios suficientes para la detección precoz, evitar la aparición de la enfermedad o para la identificación de la misma, o considera que no se han aplicado los medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos o quirúrgicos para el alivio o curación de la enfermedad o para la readquisición de las capacidades perdidas.</p> <p>* Información clínica del proceso: Falta o desvirtuación de la información clínica dada al usuario o cuando ésta es incompleta. Falta o insuficiencia de consentimiento informado.</p> <p>*Otros: cualquier reclamación relativa a la asistencia cuya causa sea diferente a las contempladas en los Ítems anteriores <b>(173), (174), (175)</b>.</p>
--	---

# **RESULTADOS**

## IV.1. INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD

### IV.1.1. INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD AC1 AL AC 6.

En la Tabla 3 se expresan los resultados de los indicadores de actividad calidad (AC1 a AC6).

Como puede observarse las urgencias totales disminuyen con respecto al año anterior en 500 pacientes asistidos y por mil habitantes disminuye en 2931 pacientes. También podemos destacar la disminución en el Indicador C5 que indica la frecuentación relativa diaria en 6 pacientes, a pesar de que se ha producido un aumento en la población del año 2005.

Tabla nº 3. Indicadores relativos a actividad-calidad (AC 1 a AC 6) de los años 2004 y 2005.

	<b>INDICADORES URGENCIAS</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Código</b>		<b>ACUM.</b>	<b>ACUM</b>
		<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>C: A-C 1</b>	<b>URGENCIAS TOTALES</b>	74.873	74.373
<b>C: A-C 2</b>	<b>URGENCIAS TOTALES X 1000</b> <b>Habitantes</b>	198.064	195.133
<b>C: A-C 3</b>	<b>Nº CONSULTAS URGENTES</b>	74.873	74.337
<b>C. A-C 4</b>	<b>FRECUENTACIÓN RELATIVA ANUAL</b>	22,21	19,01
<b>C: A-C 5</b>	<b>FRECUENTACIÓN RELATIVA DIARIA</b>	74,48	68,09
<b>C: A-C 6</b>	<b>URGENCIAS REGISTRADAS</b>	74.873	74.373
	URGENCIAS REGISTRADAS QUE NO PROCEDE	32	32

#### IV.1.2. INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD AC 7 AL AC 12.

En la Tabla 4 se expresan los resultados de los indicadores de actividad calidad (AC7 a AC12).

Como puede observarse las urgencias / día se mantienen con valores similares en los dos años (AC7).

La presión de urgencias se incrementa en un 6,67% en el año 2005 (AC 8).

Las urgencias atendidas disminuyen en un 0,6% en el año 2005, de la misma forma que las urgencias ingresadas y las no ingresadas (AC 9).

El promedio diario de urgencias atendidas se mantiene a lo largo de los años estudiados (AC 10), al igual que el promedio diario de urgencias ingresadas (AC 11) y el promedio diario de urgencias no ingresadas (AC 12).

Tabla nº 4. Indicadores relativos a actividad-calidad (AC 7 a AC 12) de los años 2004 y 2005.

	<b>INDICADORES URGENCIAS</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Código</b>		<b>ACUM.</b>	<b>ACUM</b>
<b>C: A-C 7</b>	<b>URGENCIAS/DIA</b>	201,10	199,86
<b>C: A-C 8</b>	<b>PRESIÓN URGENCIAS</b>	63,53%	70,2%
<b>C: A-C 9</b>	<b>URGENCIAS ATENDIDAS</b>	73.404	72.950
	INGRESADAS	10.088	10.272
	NO INGRESADAS	63.316	62.678
<b>C: A-C 10</b>	<b>PROMEDIO DIARIO URGENCIAS ATENDIDAS</b>	201	200
<b>C: A-C 11</b>	<b>PROMEDIO DIARIO URGENCIAS INGRESADAS</b>	28	28
<b>C: A-C 12</b>	<b>PROMEDIO DIARIO URGENCIAS NO INGRESADAS</b>	173	172

#### IV.1.3. INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD AC 13

En la Tabla 5 se expresan los resultados del indicador de actividad calidad AC 13.

Puede observarse, que las urgencias atendidas por turnos disminuyen a lo largo del último año, respecto al año anterior, en los tres turnos de mañana, tarde y noche.

La reducción se produce en los adultos, mientras que se incrementan las urgencias pediátricas atendidas en los turnos de mañana y tarde.

Tabla nº 5. Indicadores relativos a actividad-calidad (AC 13) de los años 2004 y 2005.

	<b>INDICADORES URGENCIAS</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Código</b>		<b>ACUM.</b>	<b>ACUM</b>
<b>C: A-C 13</b>	<b>URGENCIAS ATENDIDAS POR TURNOS</b>		
MAÑANA		<b>29.028</b>	<b>29.201</b>
	ADULTOS	25.076	24.963
	PEDIATRICAS	3.952	4.238
TARDE		<b>28.162</b>	<b>28.065</b>
	ADULTOS	22.389	21.976
	PEDIATRICAS	5.773	6.089
NOCHE		<b>16.214</b>	<b>15.684</b>
	ADULTOS	13.248	12.819
	PEDIATRICAS	2.966	2.865

#### **IV.1.4. INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD AC 14 a AC 17**

En la Tabla 6, se expresan los resultados del indicador de actividad calidad AC 14 a AC17.

El % urgencias ingresadas, sobre el total de los ingresos del Hospital Universitario de Canarias, representan un 50,8% en el 2004, incrementándose ligeramente en el 2005 hasta un 51,0% Mientras que el porcentaje de urgencias ingresadas sobre las atendidas solo representa un 13,7% en el año 2004 y un 14,10% en el 2005 (AC 14).

Las urgencias ingresadas por especialidades médicas o por áreas médicas, reflejan un incremento en cada una de las áreas en el año 2005, con respecto al anterior, siendo llamativa la cifra de 3.901 correspondiente al Área Médica frente al 2.370 del Área Quirúrgica, en el año 2005. (AC 15).

El total de urgencias derivadas se incrementa ligeramente en el año 2005, respecto al año anterior.

El promedio diario de urgencias derivadas también se incrementa ligeramente en el año 2005. (AC 16).

El total de las urgencias derivadas por hospitales se han incrementado ligeramente en el año 2005, sin embargo si comparamos cada uno de los hospitales de forma individual, se aprecia que en algunos hospitales como por ejemplo La Colina, que ha disminuido en el 2005, respecto al año anterior.

**Tabla nº 6. Indicadores relativos a actividad-calidad (AC 14-AC 17) de los años 2004 y 2005.**

	<b>INDICADORES URGENCIAS</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Código</b>		<b>ACUM.</b>	<b>ACUM</b>
<b>C: A-C 14</b>	<b>%URGENCIAS INGRESADAS</b>		
	%URGENCIAS INGRESADAS S/TOTAL INGRESOS HUC	50,80%	51,00%
	%URGENCIAS INGRESADAS SOBRE ATENDIDAS	13,70%	14,10%
<b>C: A-C 15</b>	<b>URGENCIAS INGRESADAS POR ÁREAS</b>		
	ÁREA MÉDICA	3.794	3.901
	AREA QUIRURGICA	2.438	2.370
	AREA PEDIATRICA	491	521
	AREA NEONATAL	50	71
	AREA OBSTETRICA	2.057	2.123
	AREA UMI	1.258	1.295
	<b>TOTAL</b>	<b>10.088</b>	<b>10.281</b>
<b>C: A-C 16</b>	<b>URGENCIAS DERIVADAS</b>		
	<b>TOTAL URGENCIAS DERIVADAS</b>	<b>1828</b>	<b>1997</b>
	% URGENCIAS DERIVADAS S/ATENDIDAS	2,50%	2,70%
	PROMEDIO DIARIO URGENCIAS DERIVADAS	5	5,5
<b>C: A-C 17</b>	<b>URGENCIAS DERIVADAS POR HOSPITALES</b>		
	TAMARAGUA	88	176
	H. SAN JUAN DE DIOS	537	561
	LA COLINA	544	453
	H. PSIQUIATRICO	2	1
	BELLEVUE	228	174
	H. LA CANDELARIA	293	321
	FEBLES CAMPOS	16	12
	H. STMA TRINIDAD	4	4
	OTROS	116	295
	<b>TOTAL</b>	<b>1.828</b>	<b>1.997</b>

#### **IV.1.5. INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD AC 18**

En las Tabla 7 y 8 se expresan los resultados del indicador de actividad calidad del indicador AC 18.

El total de pacientes en el área de observación de Urgencias, presenta un incremento muy significativo en el año 2005, con respecto al año anterior (aumentando un 362,98 %).

Igualmente, el número de altas desde esa área, representa en el año 2005, un incremento respecto al año anterior del 368,82%. El número de enfermos que ingresan desde esa área en hospitalización se ha incrementado en un 357,34%.

Los pacientes en observación de urgencias, estudiados por tramo horario, se incrementan en el 2005 respecto al 2004, en todos los tramos horarios. Además es significativo que el porcentaje de permanencia en los tramos horarios entre 2 y 12 horas, 12 y 24 horas y más de 24 horas es similar.

Los pacientes en observación que ingresan en hospitalización se incrementan en el año 2005 respecto al 2004 en todos los tramos horarios. El porcentaje de ingresos es similar en cada uno de ellos, excepto en el de dos horas, que es menor.

Las altas que se producen desde el área de observación de urgencias se incrementaron en el 2004 respecto al año anterior, siendo los tramos horarios de 2 a 12 y 12 a 24 horas, donde más altas se producen, con un porcentaje de 35% para el primero, 33% para el segundo y el 26% para el de más de 24 horas.

**Tabla 7. Indicadores relativos a actividad-calidad (AC 18) de los años 2004 y 2005.**

	<b>INDICADORES URGENCIAS</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Código</b>		<b>ACUM.</b>	<b>ACUM</b>
<b>C: A-C 18</b>	<b>OBSERVACION DE URGENCIAS</b>		
	<b>TOTAL PACIENTES</b>	<b>1259</b>	<b>4570</b>
	ALTAS DESDE URGENCIAS	619	2283
	INGRESAN EN HOSPITALIZACION	640	2287
	<b>PACIENTES EN OBSERVACION DE URGENCIAS POR TRAMOS HORARIOS</b>		
	< 2 HORAS	111	245
	2 - 12 HORAS	545	1536
	12 - 24 HORAS	284	1481
	> 24 HORAS	322	1308
	<b>TOTAL</b>	<b>1262</b>	<b>4570</b>
	<b>% PACIENTES EN OBSERVACION DE URGENCIAS POR TRAMOS HORARIOS</b>		
	< 2 HORAS	9%	5%
	2 - 12 HORAS	43%	34%
	12 - 24 HORAS	23%	32%
	> 24 HORAS	26%	29%
	<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
	<b>PACIENTES EN OBSERVACION DE URGENCIAS QUE INGRESAN EN HOSPITALIZACION</b>		
	< 2 HORAS	44	119
	2 - 12 HORAS	275	741
	12 - 24 HORAS	144	717
	> 24 HORAS	177	710
	<b>TOTAL</b>	<b>640</b>	<b>2287</b>

**Tabla 8. Indicadores relativos a actividad-calidad (AC 18) de los años 2004 y 2005. (Continuación tabla 7)**

	<b>INDICADORES URGENCIAS</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Código</b>		<b>ACUM.</b>	<b>ACUM</b>
<b>C: AC 18</b>	<b>% PACIENTES EN OBSERVACION DE URGENCIAS QUE INGRESAN EN HOSPITALIZACION POR TRAMOS HORARIOS</b>		
	< 2 HORAS	7%	5%
	2- 12 HORAS	43%	32%
	12 - 24 HORAS	23%	31%
	> 24 HORAS	28%	31%
	<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
	<b>PACIENTES EN OBSERVACION DE URGENCIAS CON ALTAS DESDE URGENCIAS</b>		
	< 2 HORAS	67	126
	2 - 12 HORAS	270	795
	12 - 24 HORAS	140	764
	> 24 HORAS	142	598
	<b>TOTAL</b>	<b>619</b>	<b>2283</b>
	<b>% PACIENTES EN OBSERVACION DE URGENCIAS CON ALTAS DESDE URGENCIASPOR TRAMOS</b>		
	< 2 HORAS	11%	6%
	2 - 12 HORAS	44%	35%
	12 - 24 HORAS	23%	33%
	> 24 HORAS	23%	26%
	<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

#### IV.1.6. INDICADORES DE ACTIVIDAD-CALIDAD AC 19 a AC 21

En la Tabla 9 se expresan los resultados del indicador de actividad calidad del indicador AC 19, AC 20 y AC 21.

Las altas sin culminación de asistencia se han incrementado en el último año del estudio en un 3,16%. Igualmente se ha incrementado el promedio diario de altas, sin que se culmine la asistencia y se ha producido un incremento también de las altas voluntarias (AC 20).

Según se observa, con respecto al indicador de fallecimientos en urgencias (AC 21), disminuye en número en 2005, de igual manera, que los fallecimientos que se producen en el área de observación.

**Tabla 9. Indicadores relativos a actividad-calidad (AC 19-21) de los años 2004 y 2005.**

	<b>INDICADORES URGENCIAS</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Código</b>		<b>ACUM.</b>	<b>ACUM</b>
<b>C: A-C19</b>	<b>ALTAS</b>		
	ALTAS SIN CULMINACION DE ASISTENCIA	1.993	2.305
	% ALTAS SIN CULMINACION ASISTENCIA	2,70%	3,16%
	PROMEDIO DIARIO DE ALTAS SIN CULMINACION ASISTENCIA	5,45	6,32
<b>C: A-C 20</b>	<b>ALTAS VOLUNTARIAS</b>	7	12
	URG. ALTA VOLUNTARIA/DIA	0,02	0,03
<b>C: A-C 21</b>	<b>FALLECIMIENTOS EN URGENCIAS</b>	<b>125</b>	<b>131</b>
	FALLECIMIENTOS	110	84
	<b>FALLECIMIENTOS EN OBSERVACION DE URGENCIAS</b>		
	FALLECIMIENTOS	15	47

## **IV.2. INDICADORES DE CALIDAD**

### **IV.2.1. INDICADORES DE CALIDAD C1-C7**

En la Tabla 10 se expresan los resultados de los indicadores de calidad C1 al C7.

El tiempo medio de respuesta de la asistencia facultativa a los pacientes que acuden a urgencias es similar en los dos años estudiados en los adultos, excluyendo de estos las urgencias obstétricas (C1)

El tiempo de permanencia en urgencias, que requieren los pacientes para ser atendidos y que posteriormente son dados de alta se incrementa ligeramente en el 2005, siendo de más de 3 horas en este año para los adultos y más de 2 para los pacientes pediátricos (C2).

El grado de cumplimentación de la historia clínica mejora en el 2005, no obstante, un porcentaje del 10% no se cumplimentan correctamente (C3).

Según se observa, los indicadores codificación diagnóstica de altas (C5) y calidad diagnóstica de alta (C6) aparecen sin resultados. La razón, es que no se puede obtener resultados de los mismos ya que el sistema de codificación hospitalaria, no codifica las historias del servicio de urgencias y por tanto no existen datos.

La proporción de ingresos en el servicio de urgencias se incrementa en 1,66% en el último año de estudio (C7)

**Tabla nº 10 Indicadores relativos a la calidad (C1 al C7), de los años  
2004 y 2005.**

Código	INDICADOR	RESULTADOS	
		2004	2005
C: C-1	TIEMPO DE RESPUESTA ASISTENCIA FACULTATIVA (EN MINUTOS)	121	118
C: C-2	TIEMPO MEDIO DE PERMANENCIA EN URGENCIAS	3,5	3,8
C: C-3	GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	87%	90%
C: C-4	INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES	90%	90,07%
C: C-5	CODIFICACIÓN DIAGNOSTICA DE ALTAS	0%	0%
C: C-6	CALIDAD CODIFICACIÓN DIAGNOSTICA DE ALTAS	0	0
C: C-7	PROPORCIÓN DE INGRESOS	13,74%	14,08%

## **IV.2. INDICADORES DE CALIDAD**

### **IV.2.2. INDICADORES DE CALIDAD C8-C14**

En la Tabla 11 se expresan los resultados de los indicadores de calidad C8 al C14.

En esta tabla se puede observar que la tasa de retorno antes de las 72 horas es de 5,1% sobre las urgencias atendidas. Para ajustar el indicador a un resultado real, se descuentan las pacientes de obstetricia. El estándar de este indicadores (C8) de 2,5%. Lo que supone que el servicio de urgencias del Hospital Universitario se encuentra al doble del estándar.

El número de pacientes que retorna a urgencias después de 72 horas y requiere ingreso posterior disminuye ligeramente en el último año .Del total de los que retornan, el 18,1% es hospitalizado. El estándar de este indicador (C9), es de 25%.

El indicador (C10) referido al tiempo de respuesta en triage, se incrementa ligeramente respecto al año anterior y también se incrementa en un 5% el porcentaje de pacientes que pasa por triage. No obstante un 10% de pacientes no son clasificados en Triage (C11).

En los indicadores (C12) y (C13), se puede observar que el nivel de protocolización aunque aumenta ligeramente en el 2005, se sitúa en un 55% el nivel de protocolos en el servicio de urgencias. Mientras que solo el 51% del personal, conoce los protocolos.

**Tabla nº 11 Indicadores relativos a la calidad (C8 al C14) de los años 2004 y 2005.**

Código	INDICADOR	RESULTADOS	
		2004	2005
C: C-8	<b>TASA DE RETORNO A URGENCIAS</b>		
	PACIENTES QUE VUELVEN ANTES 72 H	3592	3479
	TASA DE RETORNO	5,20%	5,10%
C: C-9	<b>TASA DE RETORNO ANTES DE 72 HORAS CON INGRESO POSTERIOR</b>		
	PACIENTES QUE VUELVEN E INGRESAN ANTES 72 H	770	631
	TASA DE RETORNO CON INGRESO	1,1%	0,9%
	% INGRESADOS SOBRE READMISIONES	21,4%	18,1%
C: C-10	<b>TIEMPO DE RESPUESTA EN TRIAGE (EN MINUTOS)</b>		
	TIEMPO DE RESPUESTA EN TRIAGE	6,23	7,02
C: C-11	<b>PROPORCIÓN CLASIFICACIÓN TRIAGE</b>		
	% CLASIFICACIÓN TRIAGE	75%	80%
C: C-12	<b>PROTOCOLIZACIÓN</b>		
	PRESENCIA DE PROTOCOLOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	50%	55%
C: C-13	<b>CONOCIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS POR LOS PROFESIONALES</b>		
	% CONOCIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS	49%	51%
C: C-14	<b>MORTALIDAD</b>		
	TASA DE MORTALIDAD EN URGENCIAS	0,15	0,12

## **IV.2. INDICADORES DE CALIDAD**

### **IV.2.2. INDICADOR DE CALIDAD C15**

En las Tablas 12 y 13, se expresan los resultados de los indicadores de calidad (C15).

Como puede observarse en el indicador (C15), las reclamaciones presentadas por los usuarios en el servicio de urgencias del Hospital Universitario, se incrementan a lo largo del último año, respecto al año anterior: 302 en el año 2004 y 332 en el 2005.

De las reclamaciones más importantes, cabe destacar:

Las reclamaciones relativas a la asistencia que suponen un (55,62%) y (56,02%) sobre el total de reclamaciones en los años estudiados; dentro de este grupo la demora en la asistencia se ha incrementado en el año 2005 hasta un total de 108 reclamaciones (131%) y la insatisfacción en la asistencia a pesar de que ha bajado un (12,69%), en el 2005.

Las, otras reclamaciones, constituyen el segundo grupo de reclamaciones con un (16,55%) en el 2004 y un (18,07%) en el 2005. En este grupo es necesario resaltar el trato del personal considerado como inadecuado un (9,6%) de las reclamaciones en 2004 y un (9,33%) en el 2005%

El tercer grupo de reclamaciones estaría constituido por las relativas a la organización y normas que representan el (16,22%) y (14,45%) en el 2005 sobre el total de las reclamaciones. Entre ellas destaca la referida a las sustracciones o pérdidas y las que tienen que ver con la organización y las normas del servicio.

Las relativas al confort y a la estructura: representan el cuarto y quinto grupo la primera de ellas se mantiene similar a lo largo de los años (9,27%) y (9,33%) en el 2005. el mayor número de reclamaciones se centra en el transporte, siendo de 17 en el 2005.

Los problemas con la estructura han generado el (2,31%) y (2,10%) de las reclamaciones en 2004 y 2005 respectivamente.

**Tabla nº 12 Indicador relativo a la calidad. (C15)**

**De los años 2004 y 2005.**

Código	INDICADOR	RESULTADOS	
		2004	2005
<b>C: C-15</b>	<b>RECLAMACIONES/ MAS IMPORTANTES</b>	<b>302</b>	<b>332</b>
	<b>RECLAMACIONES RELATIVAS A LA ESTRUCTURA:</b>		
	INSATISFACCION INFRAESTRUCTURA	5	3
	SEÑALIZACIÓN GENERAL DEL CENTRO	2	4
	<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
	<b>% S /TOTAL</b>	<b>2,31%</b>	<b>2,10%</b>
	<b>RECLAMACIONES RELATIVAS AL CONFORT:</b>		
	LIMPIEZA	2	2
	COCINA	1	2
	LENCERÍA	6	5
	TRANSPORTE	15	17
	RECURSOS MATERIALES	4	3
	OTROS:	0	2
	<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>31</b>
	<b>% S /TOTAL</b>	<b>9,27%</b>	<b>9,33%</b>

**Tabla nº 13 Indicador relativo a la calidad (C15) de los años 2004 y 2005. (Continuación de la tabla 12)**

Código	INDICADOR	RESULTADOS	
		2004	2005
<b>C: C-15</b>	<b>RECLAMACIONES/ MAS IMPORTANTES</b>	<b>302</b>	<b>332</b>
	<b>RECLAMACIONES RELATIVAS A LA ORGANIZACIÓN Y NORMAS:</b>		
	DESACUERDO NORMAS INSTITUCIONALES	8	4
	ORGANIZACIÓN Y NORMAS DEL SERVICIO	11	14
	OTROS (DESAPARICION, ROBO,...)	30	30
	TOTAL	<b>49</b>	<b>48</b>
	<b>% S/TOTAL</b>	<b>16,22%</b>	<b>14,45%</b>
	<b>RECLAMACIONES RELATIVAS A LA ASISTENCIA</b>		
	DEMORA EN LA ASISTENCIA	82	108
	ERROR ASISTENCIAL DE DIAGNÓSTICO	4	3
	FALTA DE ASISTENCIA	5	0
	INSATISFACCIÓN PRESTACION ASISTENCIA	63	55
	INFORMACION ASISTENCIAL	7	11
	SUSPENSIÓN DEL ACTO ASISTENCIAL	7	9
	TOTAL	<b>168</b>	<b>186</b>
	<b>% S/TOTAL</b>	<b>55,62%</b>	<b>56,02%</b>
	<b>OTRAS RECLAMACIONES</b>		
	INFORMACIÓN GENERAL RECIBIDA:	12	11
	FALTA/DEMORA INFORME ESCRITO	0	0
	DERIVACION A OTROS CENTROS	5	10
	TRATO PERSONAL INADECUADO	29	31
	OTROS	4	8
	TOTAL	<b>50</b>	<b>60</b>
	<b>% S/TOTAL</b>	<b>16,55%</b>	<b>18,07%</b>

# **DISCUSIÓN**

## V.1. ENTORNO DEL ESTUDIO

En consonancia con los objetivos formulados en el presente trabajo, la discusión de los resultados la vamos a realizar en dos partes bien diferenciadas. En primer lugar, abordaremos la evaluación de la calidad del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias y en segundo lugar nos ocuparemos de la discusión de los resultados obtenidos al pilotar los indicadores del modelo sanitario.

El modelo seleccionado como base para la construcción de nuestra herramienta ha sido el modelo del SNS recogido en el CMBD dentro del Sistema de Información de Asistencia Especializada para todos los hospitales españoles.

Para ello, fijaremos en primer lugar la información más relevante del entorno sanitario donde se produce la Atención de las Urgencias.

El Hospital Universitario de Canarias (tercer nivel). Fundado en el año 1971 bajo la denominación de Hospital General y Clínico de Tenerife, como hospital de referencia de la Facultad de Medicina, de la Universidad de La Laguna. Ubicado en el municipio de La Laguna, ocupando una superficie construida de 71.000 m<sup>2</sup> próxima a la Autopista del Norte de Tenerife.

El Consorcio Sanitario de Tenerife ha sido creado el día 29 de mayo de 2000 mediante la firma de un convenio entre la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias y el Cabildo Insular de Tenerife, con el objeto de asumir la gestión compartida del Hospital Universitario de Canarias. Presta asistencia recogida en su Cartera de Servicios a los beneficiarios del Servicio Canario de la Salud adscritos a las Zonas Básicas de Salud del 2004 (Tabla: 14). (176),(177), (178).

Tabla: 14: Zonas Básicas de Salud. Año 2004

<b>Localidad</b>	<b>Nº de Habitantes</b>
La Laguna	142.161
La Matanza de Acentejo	7.972
La Orotava	40.644
Puerto de la Cruz	30.585
Los Realejos	36.746
El Rosario	16.111
Santa Ursula	12.835
El Sauzal	18.514
Tacoronte	22.695
Tegueste	10.393
La Victoria de Acentejo	8.432
<b>Total</b>	<b>337.088</b>

Referencia:

El Consorcio es el Hospital de referencia de la isla de La Palma.

Localidad	Nº de Habitantes
Isla de la Palma	86.062
Total Población de referencia HUC	423.150

Para las especialidades del HUC que prestan servicios en los Centros de Atención Especializada, la población atendida es la correspondiente a todo el Área Norte de Tenerife 2000 (tabla: 15) (179), (180),(181).

Tabla: 15 POBLACIÓN ATENDIDA (Año 2000)

<b>LOCALIDAD</b>	<b>Nº DE HABITANTES</b>
Total Área HUC	337.088
Buenvista del Norte	5.225
Garachico	5.543
La Guancha	5.420
Icod de los Vinos	24.179
San Juan de la Rambla	5.096
Los Silos	5.456
El Tanque	3.042
<b>Población Atendida</b>	<b>391.049</b>

Tabla 16: POBLACIÓN TOTAL PROVINCIA

<b>POBLACIÓN TOTAL PROVINCIA</b>	<b>Nº DE HABITANTES</b>
Isla de Tenerife	852.945
Isla de La Palma	86.062
Isla del Hierro	10.688
Isla de la Gomera	21.952
<b>Total Provincia</b>	<b>971.647</b>

*Fuente: INE. Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1-1-2006*

***Urgencias. Población total de la Comunidad Autónoma 1.995.833***

EL HUC atiende a la población de la Comunidad Autónoma para Trasplante Renal, Trasplante Reno-pancreático, implante de islotes pancreáticos y hospitalización de trastornos alimentarios

El Hospital Universitario de Canarias, ha realizado una actividad global en el servicio de Urgencias, de la cual expresamos a continuación los resultados principales:

## **V.2. INDICADORES RELATIVOS A LA ACTIVIDAD-CALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIA DURANTE LOS AÑOS 2004 Y 2005**

**C: A-C 1 URGENCIAS TOTALES.** Las urgencias totales se incrementan en el año 2004, respecto al año anterior, y disminuyen en 2005 en 500, siendo la cifra total de este último año de 74.373 urgencias.

**C: A-C 2 URGENCIAS TOTALES POR 1000 Habitantes.** Las urgencias totales por 1000 habitantes disminuyen respecto al año anteriores 5.484 en el año 2004 y también este año respecto al 2005 en 2.931.

**C: A-C 3 Nº CONSULTAS URGENTES.** El numero de consultas urgentes tal y como se definen en el indicador, muestra un descenso de 500 consultas del año 2005 respecto al año anterior.

**C. A-C 4 FRECUENTACIÓN RELATIVA ANUAL.** La frecuentación relativa anual es de 22,21% para el año 2004 y 19,01% para el 2005. Este descenso, se relaciona con la disminución de consultas a pesar del incremento de población.

**C: A-C 5 FRECUENTACIÓN RELATIVA DIARIA.** Respecto a este indicador, con un resultado del 73,13 en 2004 y 68,09 en 2005. Este descenso, se relaciona con un menor número de pacientes atendidos a pesar del incremento de población.

### **C: A-C 6 URGENCIAS REGISTRADAS**

Si comparamos las urgencias registradas con las urgencias totales en los años estudiados vemos que coinciden en su totalidad, así tenemos, 74.873 y 74.373 para los años 2004 y 2005.

## **6.1 URGENCIAS REGISTRADAS QUE NO PROCEDE (\*\*)**

Se mantiene a lo largo de los dos años el mismo número de urgencias registradas que no proceden en 32.

### **C: A-C 7 URGENCIAS/DIA**

El número de urgencias al día se mantiene sin variaciones significativas en 201,10 (2004) y 199,86 (2005). Estos resultados objetivos se mantienen a lo largo de los años a pesar del incremento poblacional y discrepan de la percepción que tiene el personal del servicio y el del hospital.

### **C: A-C 8 PRESIÓN URGENCIAS**

La presión de urgencias se incrementa en el mes de diciembre de 2004 en 9,2 puntos porcentuales (63,8% febrero 2004; 60,5% marzo; 63,2% abril; 60,5% mayo; 59,0% junio; 62,9% julio; 67,3% agosto; 63,4% septiembre; 65,0% octubre; 62% noviembre; 71,2% diciembre). Para finalizar con un **63,53%** en el **2004** y un **70,2 %** en **2005** lo que ha generado una diferencia del + 6,67%.

Así mismo, **la presión de urgencias de los ingresos procedentes de urgencias** también se incrementa en 8,3 puntos porcentuales (53,8% enero; 50,7 febrero; 48,6% marzo; 49,9% abril; 47,1% mayo; 45,5% junio; 49,4% julio; 50,9 agosto; 48,8% septiembre; 49,6% octubre; 48% noviembre; 56,3% diciembre). Para finalizar con un **49,88%** en 2005

### **C: A-C 9 URGENCIAS ATENDIDAS**

El total de urgencias atendidas en el año 2004, representa un incremento de un 0,3% (+240) respecto de las atendidas del año anterior. El promedio diario se sitúa en 173 urgencias diarias en los dos años y el número de urgencias atendidas +0,8% según las estimadas en objetivos. El total de urgencias atendidas en el mes de diciembre de 2004 ha sido

de 170 menos que en noviembre de 2004, siendo el promedio diario de 12 urgencias menos.

El total de urgencias atendidas en el año 2004 ha sido de 73.404 estando esta cifra en +572 sobre la estimada en objetivos.

El total de urgencias atendidas en el año 2005 ha sido de 72.952 estando esta cifra en +118 sobre la estimada en objetivos

El total de urgencias atendidas en enero-diciembre 2005 ha sido de 72.950, lo que significa una media diaria de 200. Las urgencias ingresadas ascienden a 10.272 (14,1%). Las urgencias derivadas se sitúan en 1.997 (2,7% de las atendidas). (183)

### **9.1 URGENCIAS INGRESADAS**

Las urgencias ingresadas en el año 2004 se sitúan en las mismas cifras que las del año anterior 10.088 año 2004, lo que significa que ingresan las mismas urgencias diariamente.

Las urgencias ingresadas ascienden a 10.088 (13,7%) estando el objetivo en un 13% en 2004 y 10.072 en 2005 ((14,1%).) manteniéndose el mismo objetivo.

El porcentaje de urgencias ingresadas se incrementa 1,1 puntos porcentuales: 14,1% enero; 13,5% febrero; 13,9% marzo; 14,3% abril; 12,9% mayo; 13,1% junio; 14,1% julio; 13,7% agosto; 13,6% septiembre; 13,9% octubre; 13,3% noviembre; 14,4% diciembre)..

### **9.2 URGENCIAS NO INGRESADAS**

Las urgencias no ingresadas 63.316 representan el 86,26% de las urgencias atendidas en el año 2004, mientras que 62.678 en el 2005 se sitúan en el 85,92%, produciéndose un ligero descenso en el porcentaje.

**C: A-C 10 PROMEDIO DIARIO URGENCIAS ATENDIDAS.** Los resultados de este indicador se mantiene a lo largo de los años con resultados similares 200 año anterior, 201 (2004) y 200 (2005). Sin embargo, los mismos difieren de la percepción del personal del servicio que siempre, manifiestan de forma oral unas cifras mas elevadas de las urgencias atendidas.

**C: A-C 11 PROMEDIO DIARIO URGENCIAS INGRESADAS.** Los resultados de este indicador se mantienen a lo largo de los años con resultados iguales un promedio de 28 urgencias ingresadas para los tres últimos años.

**C: A-C 12 PROMEDIO DIARIO URGENCIAS NO INGRESADAS.** Los resultados de este indicador mantienen la misma tendencia que los anteriormente citados, a lo largo de los años y con resultados iguales +\_ 173 urgencias no ingresadas para los tres años.

### **C: A-C 13 URGENCIAS ATENDIDAS POR TURNOS**

En las urgencias ingresadas por turno es de destacar que se mantiene a lo largo de los años el numero de urgencias atendidas por turno +-29.000 (2004-2005), de igual manera la distribución similar en los turnos de mañana y tarde, disminuyendo en el turno de noche a una media de 15.931 por año. Los adultos atendidos, representan una media de 25.019 para los dos años de estudio en el turno de maña, 22.182 adultos en el turno de tarde y 13.033 en el turno de noche.

La media de niños atendidos se mantiene en número similar en los años estudiados. Es de destacar que en el turno de mañana se produce una media de 4.095, en el turno de tarde de 5.931 (se produce por tanto un incremento respecto al turno de mañana) y disminuye en el turno de noche respecto a los turnos anteriores y se sitúa la media en 2.915 las urgencias pediátricas.

## **C: A-C 14 % URGENCIAS INGRESADAS**

### **14.1. %URGENCIAS INGRESADAS S/TOTAL INGRESOS HUC**

El porcentaje de urgencias ingresadas sobre los ingresos hospitalarios representa el 51% de los ingresos hospitalarios, en los años de estudio. La mitad de las camas desocupadas, son ocupadas con ingresos desde urgencias. Representa por tanto un impacto negativo para la programación de ingresos.

### **14.2. %URGENCIAS INGRESADAS SOBRE ATENDIDAS**

Las urgencias ingresadas sobre el total de las urgencias atendidas se mantienen similares a lo largo de los años en porcentajes del 14,1% para el año 2005. Puede pensarse que la casuística de este indicador sería de atención en otros niveles del sistema.

## **C: A-C 15 URGENCIAS INGRESADAS POR ÁREAS**

De las urgencias ingresadas por áreas hemos de destacar que se mantiene la distribución en las mismas áreas significándose la de Medicina Interna con una media anual de 3.847 ingresos correspondiendo el mayor volumen al año 2005 con 3.901 ingresos.

El área quirúrgica ocupa el segundo lugar con una media anual de 2.404 seguida del área Obstétrica con una media de 2.090. La Unidad de medicina Intensiva representa el tercer lugar con media anual de 1276, la comparación entre los años denota un ligero incremento de los ingresos en esta área.

## **C: A-C 16 URGENCIAS DERIVADAS**

### **16.1 TOTAL URGENCIAS DERIVADAS**

Las urgencias derivadas se sitúan en 1.828 (2,5% de las atendidas).se incrementan en 0,2 diarias en el total año 2004 respecto al año anterior y 0,46 diarias en el total año 2005 respecto al 2004., llegando en el 2005 a 1997 urgencias derivadas, (2,7% de las atendidas).

### **16.2 % DERIVADAS S/ATENDIDAS**

Las urgencias derivadas s/ atendidas se sitúan en 1.828 (2,5% de las atendidas en 2004) y 1997 (2,7%) de las atendidas en 2005.

### **16.3 PROMEDIO DIARIO URGENCIAS DERIVADAS.**

Se mantiene similar a lo largo de los años con una media de 5,25/día. El promedio diario de urgencias derivadas se incrementa en 0,3 en el mes de diciembre 2004 respecto a noviembre 2004 (5,1 enero; 5,2 febrero: 6,4 marzo; 4,7 abril; 6,1 mayo; 5,7 junio; 3,6 julio; 4,9 agosto; 4,6 septiembre: 4,4 octubre; 4,5 noviembre; 4,8 diciembre.

## **C: A-C 17 URGENCIAS DERIVADAS POR HOSPITALES**

De los resultados de este indicador, es significativa la media de 307 pacientes derivados al hospital universitario la Candelaria, por ser un hospital de referencia del área Sur de la isla.

## **C: A-C 18 OBSERVACION DE URGENCIAS**

El número de pacientes en observación de urgencias se ha incrementado a lo largo de los años, así en el año 2004 se produjo un incremento del 35,84% respecto al año anterior y en el año 2005 un incremento del 94,26%, situándose en 4.570 pacientes.

El total de pacientes que han permanecido en observación de urgencias en el mes de diciembre de 2005 ha sido de 445 de los cuales 239 (54%)

han ingresado posteriormente en el Hospital y 206 han sido dados de alta desde urgencias.

### **18.1 ALTAS DESDE URGENCIAS**

Las altas desde Observación de urgencias, se mantuvieron similares el año anterior y el 2004, mientras que en el 2005 se incrementan en 1.664 altas un porcentaje 268,82% de incremento, para situarse en 2.287.

Del total de pacientes dados de alta desde urgencias y que han estado en observación (206) e121% (44) han estado más de 24 horas.

### **18.2 INGRESAN EN HOSPITALIZACIÓN**

Los ingresos en hospitalización, se incrementan progresivamente a lo largo de los años., se incrementan en 294 ingresos, lo que representa un 84,97% en 2004 sobre el año anterior, mientras que en el 2005 se incrementan en 1.647 ingresos un porcentaje 257,34% de incremento, para situarse en 2.287.

### **18.3 PACIENTES EN OBSERVACION DE URGENCIAS**

Del total de los pacientes que permanecen en Observación de urgencias estudiados por tramos horarios es significativo como se incrementa progresivamente el número de pacientes en cada tramo horario estudiado a lo largo de los años. Y, en segundo lugar la similitud entre los tramos de 2-12 horas, de 12-24 y > 24 horas.

**< 2 HORAS** se incrementa en 36 pacientes que permanecen en Observación de urgencias 2004 respecto al año anterior y 134 que permanecen en Observación de urgencias el 2005 respecto al 2004.

**2 – 12 HORAS** se incrementa en 220 pacientes que permanecen en Observación de urgencias 2004 respecto al año anterior y 991 que permanecen en Observación de urgencias en 2005 respecto al 2004.

**12 – 24 HORAS** disminuye en 17 pacientes que permanecen en Observación de urgencias 2004 respecto al año anterior y se incrementa

en 1.197 que permanecen en Observación de urgencias pacientes el 2005 respecto al 2004.

> **24 HORAS** disminuye en 95 pacientes que permanecen en Observación de urgencias 2004 respecto al año anterior y se incrementa 986 pacientes que permanecen en Observación de urgencias en 2005 respecto al 2004.

De los pacientes que han estado en observación de urgencias y que han ingresado en el hospital (239) el 14% (33) han estado más de 24 horas en urgencias (2005).

#### **18.4 PACIENTES EN OBSERVACION DE URGENCIAS % POR TRAMOS**

El porcentaje de pacientes que se encuentra en observación de urgencia por tramos se mantiene a lo largo de los años en porcentajes similares y distribución de una media de:

< **2 HORAS**. 7% de pacientes que se encuentra en observación de urgencia por tramos (2004-2005).

**2 – 12 HORAS**. 38,50% de pacientes que se encuentra en observación de urgencia por tramos (2004-2005).

**12 – 24 HORAS**. 27,50% de pacientes que se encuentra en observación de urgencia por tramos (2004-2005).

> **24 HORAS**. 27,50% de pacientes que se encuentra en observación de urgencia por tramos (2004-2005).

Destacando que el porcentaje es superior para aquellos que permanecen entre 2 y 12 horas.

#### **18.5 PACIENTES EN OBSERVACION DE URGENCIAS QUE INGRESAN EN HOSPITALIZACION**

Se incrementa el número de pacientes que ingresan desde observación anualmente.

< **2 HORAS** se incrementa en 15 pacientes que ingresan lo que representa 0,10 % de incremento 2004 sobre el año anterior y 75

pacientes que ingresan en el 2005 con un incremento del 171,59% respecto al 2004.

**2 – 12 HORAS** se incrementa en 163 pacientes que ingresan lo que representa 145,54% de incremento 2004 sobre el año anterior y 466 pacientes que ingresan en el 2005 con un incremento del 169,45% respecto al 2004.

**12 – 24 HORAS** se incrementa en 24 pacientes que ingresan lo que representa 83,33% de incremento 2004 sobre el año anterior y 466 pacientes que ingresan en el 2005 con un incremento del 397,92% respecto al 2004.

**> 24 HORAS** se incrementa en 42 pacientes que ingresan lo que representa 31,11% de incremento 2004 sobre el año anterior y 533 pacientes que ingresan en el 2005 con un incremento del 301,13% respecto al 2004.

De entre ellos, son significativos los incrementos producidos en el 2005 para los tramos de 12-24 horas y de > 24 horas.

## **18.6 PACIENTES EN OBSERVACION DE URGENCIAS QUE INGRESAN EN HOSPITALIZACION % POR TRAMOS**

El porcentaje de pacientes que ingresan en hospitalización desde observación de urgencia por tramos se mantiene a lo largo de los años en porcentajes similares y distribución de:

**< 2 HORAS** se mantiene el 7% paciente 2004 igual al año anterior y disminuye el 2 % paciente el 2005 respecto al 2004.

**2 – 24 HORAS** se incrementa el 15% paciente 2004 respecto al año anterior y disminuye el 11 % paciente el 2005 respecto al 2004

**12 – 24 HORAS** disminuye el 7% paciente 2004 respecto al año anterior se incrementa el 8% paciente el 2005 respecto al 2004

**> 24 HORAS** disminuye el 6% paciente 2004 respecto al año anterior y se incrementa el 3% paciente el 2005 respecto al 2004.

### **18.7 PACIENTES EN OBSERVACION DE URGENCIAS CON ALTAS DESDE URGENCIAS**

La cantidad de pacientes con altas desde observación urgencia por tramos se mantiene a lo largo de los años en porcentajes similares y distribución de una media de:

**< 2 HORA** se incrementa en 20 altas 2004 respecto al año anterior y 59 el 2005 respecto al 2004.

**2 – 12 HORAS** se incrementa en 57 altas 2004 respecto al año anterior y 525 el 2005 respecto al 2004.

**12 – 24 HORAS** disminuye en 40 altas 2004 respecto al año anterior y se incrementa en 624 altas el 2005 respecto al 2004.

**> 24 HORAS** se incrementa en un 54 altas 2004 respecto al año anterior y 456 altas el 2005 respecto al 2004.

Llegando a un total de 2.283 altas en urgencias en el 2005.

### **18.8 PACIENTES EN OBSERVACION DE URGENCIAS CON ALTAS DESDE URGENCIAS % POR TRAMOS**

El porcentaje de pacientes con altas desde observación urgencia por tramos se mantiene a lo largo de los años en porcentajes similares y distribución de una media de:

**< 2 HORAS** se incrementa el 2% de altas 2004 respecto al año anterior y disminuye el 5 % de altas el 2005 respecto al 2004.

**2 – 12 HORAS** se incrementa en un 4 % de altas 2004 respecto al año anterior y disminuye el 9% de altas el 2005 respecto al 2004.

**12 – 24 HORAS** disminuye en un 11% de altas 2004 respecto al año anterior y se incrementa el 10% de altas el 2005 respecto al 2004.

**> 24 HORAS** disminuye en un 6 % alta 2004 respecto al año anterior y se incrementa el 3 % de altas el 2005 respecto al 2004.

## **C: A-C19 ALTAS**

### **19.1 ALTAS SIN CULMINACION DE ASISTENCIA (\*)**

En este indicador se está recogiendo aquellas urgencias atendidas que abandonan el servicio o se van de alta voluntaria. El objetivo era de 1 diaria.

El total de urgencias sin culminación de asistencia (incluidas altas voluntarias) del año 2004 es de 1.993 representando el 2,72% de las urgencias atendidas y una media diaria de 5,45. . Altas sin culminación de asistencia 5,45 diarias. Importante incremento en octubre (8,8 diarias en julio, 8,3 en agosto, 5,6 septiembre; 7,1 octubre; 5,6 noviembre; 5,6 diciembre).

En este indicador se está recogiendo aquellas urgencias atendidas que abandonan el servicio o se van de alta voluntaria. El objetivo era de 1 diaria.

Las altas sin culminación de asistencia ascienden a 1.993 en el año 2004 frente a 1.530 en el año anterior lo que significa 1,25 más diarias y un incremento de un 30% respecto a 2003.

El total de urgencias sin culminación de asistencia (incluidas altas voluntarias) de enero-diciembre de 2005 es de 2.305 representando el 3,2% de las urgencias atendidas y una media diaria de 6,4. En este indicador se está recogiendo aquellas urgencias atendidas que abandonan el servicio o se van de alta voluntaria.

### **19.2 % ALTAS SIN CULMINACION ASISTENCIA**

El porcentaje de altas sin culminación de asistencia disminuye en un 28,57decimas % 2004 respecto al año anterior y se incrementa el 17,04 décimas % el 2005 respecto al 2004.

### **19.3 PROMEDIO DIARIO DE ALTAS SIN CULMINACION ASISTENCIA**

El promedio diario de altas sin culminación de asistencia se incrementa en un 1,26 altas/ día 2004 respecto al año anterior y se incrementa 0,87 altas/ día el 2005 respecto al 2004.

## **C: A-C 20 ALTAS VOLUNTARIAS**

Las altas voluntarias no son significativas respecto al total de urgencias registradas, pero los datos reflejan un incremento progresivo de las mismas así, en el 2005 se produjeron 5 altas voluntarias más que en 2004.

### **20.1 URG. ALTA VOLUNTARIA/DIA**

Las altas voluntarias/día no son significativas situándose en 0,02 (2004) y 0,03 (2005).

## **C: A-C 21 FALLECIMIENTOS EN URGENCIAS**

### **21.1 FALLECIMIENTOS**

El número de fallecimientos en urgencias ha venido disminuyendo de forma progresiva cada año, 22 fallecidos menos en 2004 respecto al año anterior y 26 fallecidos menos en 2005 respecto a 2004.

### **21.2 FALLECIMIENTOS EN OBSERVACION DE URGENCIAS**

El número de fallecimientos en observación de urgencias disminuyó en 2 fallecidos menos en 2004 respecto al año anterior y se incrementó en 32 fallecidos más en 2005 respecto a 2004.

### **V.3. INDICADORES RELATIVOS A LA CALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HUC DURANTE LOS AÑOS 2004 Y 2005.**

#### **C: C-1 TIEMPO DE RESPUESTA ASISTENCIA FACULTATIVA (EN MINUTOS) (184).**

El tiempo medio de respuesta de asistencia facultativa a los pacientes que acuden a urgencias, se sitúa en 121 minutos para el 2004 y 118 minutos en 2005 para los adultos (se excluye urgencias obstétrica) y pacientes pediátricos.

#### **C: C-2 TIEMPO MEDIO DE PERMANENCIA EN URGENCIAS (HORAS).**

El tiempo medio de atención a los pacientes que acuden a urgencias y son dados de alta a su domicilio es para el 2005 de 3:32 horas para los adultos (se excluye urgencias obstétrica) y 2:03 horas en pacientes pediátricos.

#### **C: C-3 (\*) GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.**

La historia clínica en soporte de papel (no tradicional) se cumplimenta en un 80% (2004) y 90% (2005).

#### **C: C-4 INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES.**

La información a los pacientes y familiares se realiza en un 90% de los casos. Para dicha información el servicio, cuenta con personal de información al paciente ubicado permanentemente en el servicio de urgencias (185).

#### **C: C-5 CODIFICACIÓN DIAGNOSTICA DE ALTAS.**

Este indicador no ha podido ser evaluado por no codificar las historias de urgencias.

**C: C-6 CALIDAD CODIFICACIÓN DIAGNOSTICA DE ALTAS.**

Imposible aplicar criterios de calidad en la codificación por no existir dicha codificación.

**C: C-7 PROPORCIÓN DE INGRESOS.**

Da información indirecta sobre la gravedad de las urgencias atendidas, así como (de forma indirecta y relativa) sobre la capacidad resolutive del servicio de urgencias. Mide de modo indirecto la complejidad del servicio de urgencias. Es recomendable combinar esta información con la presión de urgencias.

Se incrementa ligeramente la proporción de ingresos en un 0,34% en el 2005 respecto al 2004 situándose para este año en un 14,08%.

**C: C-8 TASA DE RETORNO A URGENCIAS ANTES DE 72 HORAS.**

*(Descontando obstetricia)*

Mide la cantidad de pacientes que, tras ser atendidos en SUH y ser dados de alta, regresa él mismo en las 72 horas siguientes (3 días) por cualquier causa. Indirectamente da una medida de la calidad técnica de las soluciones dadas por el SUH.

La tasa de retorno antes de 72 horas es en el año 2004 es de 5,2% sobre la Urgencias atendidas (se descuentan las pacientes obstétricas). El estándar de este indicador es 2,5%.

Del total de pacientes que retornan a urgencias antes de 72 horas el 19,2% es hospitalizado. El estándar de este indicador es 25%.

La tasa de retorno a urgencias antes de 72 horas es de 0,4 puntos porcentuales mayor en el año 2004 respecto al año anterior. La tasa de retorno antes de 72 horas se reduce en diciembre, pasando de 4,7% en enero a 5,8% en febrero ya 5,5% en marzo: 5,1% abril; 5,4% mayo; 4,7% junio: 5,4% julio; 5,7% agosto; 5,5% septiembre 5,6% octubre; 5,6% noviembre; 4,5% diciembre.

La tasa de retorno antes de 72 horas es en enero-diciembre de 2005 de 5,1% sobre las urgencias atendidas (se descuentan las pacientes obstétricas). El estándar de este indicador es 2,5%.

Del total de pacientes que retornan a urgencias antes de 72 horas el 18,1% es hospitalizado (2005). El estándar de este indicador es 25%.

### **8.1 PACIENTES QUE VUELVEN E ING. ANTES 72 H.**

El número de pacientes que vuelven a ingresar antes de 72 horas de su alta en el servicio de urgencias desciende ligeramente 139 pacientes en 2005, respecto al 2004, situándose en 631.

### **8.2 TASA RETORNO CON INGRESO.**

Tasa de retorno a urgencias antes de 72 horas con ingreso posterior es de 19,2% de las reasistencias para el acumulado año 2004. Las cifras estándar están en 25%.

Se reduce en el mes de diciembre la tasa de ingresos de los pacientes que retornan a urgencias en 72 horas. (23,8 enero; 19,8 febrero; 22,5% marzo; 20,3% abril; 25,2% mayo; 21,1% junio; 22,1% julio; 18,7% agosto; 24,1% septiembre; 19,5% octubre; 24,6% noviembre; 20,5% diciembre) (186).

### **8.3 %INGRESADOS SOBRE READMSIONES**

El porcentaje de pacientes ingresados sobre readmisiones desciende ligeramente en un 3,3% de pacientes ingresados sobre readmisiones en 2005 respecto a 2004, para situarse en un 18,1% en este año.

### **C: C-9 TIEMPO DE RESPUESTA EN TRIAGE (EN MINUTOS).**

Se incrementa ligeramente el tiempo de respuesta en triage en 0.79 minutos en el año 2005 respecto al año 2004 que se encontraba igual al estándar (6,23 minutos), para situarse en 7,02 minutos en 2005.

### **C: C-10 (\*\*) PROPORCIÓN CLASIFICACIÓN TRIAJE.**

Aumenta en un 5% la proporción de pacientes clasificados en el Triage en el año 2005, respecto al 2004 situándose en un 80% para este último año. Sin que esto se pueda entender como la clasificación habitual en esta zona.

#### **C: C-11 PROTOCOLIZACIÓN.**

La presencia de protocolos en el servicio de urgencias se puede considerar entre un 50% y 55%. Esto no significa que los mismos sigan un perfil determinado de un manual de protocolos.

#### **C: C-12 CONOCIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS POR LOS PROFESIONALES.**

El conocimiento que los profesionales tienen de los protocolos se sitúa alrededor del 50% sin que mejore.

#### **C: C-13 TASA DE MORTALIDAD EN URGENCIAS.**

La proporción de pacientes que fallecen en el SUH habiendo accedido con vida al mismo se situó en 0,15 por mil habitantes en el año 2004 y disminuyó ligeramente a 0,12 por mil habitantes en 2005

Se excluyen los que, ingresando cadáver, no reciben ninguna maniobra de reanimación ni otros actos terapéuticos. Incluye a todos los fallecidos por cualquier causa durante su permanencia en el Servicio de Urgencias y sus dependencias (incluyendo los desplazamientos a salas para pruebas diagnósticas tales como Radiología, etc.). Así como durante los traslados internos.

#### **C: C-14 RECLAMACIONES**

La Recomendación nº R 5 (2000) (61), del Consejo de Europa establece que “la recopilación y análisis sistemático de las reclamaciones de los pacientes debe utilizarse para reunir información sobre la calidad de la asistencia sanitaria y como indicación de las áreas y aspectos que necesitan mejorarse (187). Siguiendo esta recomendación, las

reclamaciones estudiadas se han concretado en:

En el año **2004** se han producido un total de 245 reclamaciones.

Las causas de las reclamaciones se indican en la Tabla 17.

Tabla 17: CAUSAS DE RECLAMACIONES (Año 2004)

CAUSAS DE RECLAMACIONES	
Demora en la asistencia	81
Error asistencial	5
Falta de asistencia	5
Insatisfacción prestación asistencia	64
Falta información asistencial	7
Derivación a otros centros	5
Trato personal inadecuado	33
Otros motivos	40
Insatisfacción sala de espera u otras instalaciones	5

De ellas, hay que destacar, demora en la asistencia que supera al resto de las reclamaciones, insatisfacción prestación asistencia, un trato personal inadecuado y otros motivos.

**Reclamaciones:**

En el acumulado del año **2004** se han producido un total de 6 reclamaciones más que en el mismo periodo del año anterior.

Tabla 18: Desviaciones en el 2005 respecto al año 2004

<b>DESVIACIONES PRODUCIDAS EN EL AÑO 2005</b>	
Demora en la asistencia	- 10
Errores asistenciales	+ 2
Falta de asistencia	+ 4
Insatisfacción prestación asistencia	+ 11
Informaciones asistenciales	- 11
Falta o demora informe escrito	- 1
Trato personal inadecuado	+ 2
Derivaciones a otros centros	+ 3
Insatisfacciones sala de espera u otras instalaciones	+ 4
Desacuerdo normas institucionales	+ 7
Otros (desaparición, robo etc...)	- 5

Se puede decir que se ha mantenido el número de reclamaciones con un ligero incremento. Ha disminuido las reclamaciones por demora en la asistencia e informaciones asistenciales y se han incrementado en la insatisfacción prestación asistencia (Tabla 18).

### **Reclamaciones**

Si la comparación la hacemos entre meses, (**Noviembre-Diciembre 2004**)

En el mes de diciembre se han realizado 11 reclamaciones menos que en noviembre de 2004. (Tabla 19)

Tabla 19: Reclamaciones Diciembre 2004

Reclamaciones mes Diciembre 2004	
Demora en la asistencia.	- 3
Insatisfacciones con la asistencia prestada.	- 5
Derivación a otros centros.	+ 1
Trato personal inadecuado.	- 3
Insatisfacción sala espera u otras instalaciones.	- 1
Desacuerdo normas institucionales.	+ 1
Otros.	- 1

### Reclamaciones

En el periodo enero-diciembre de 2005 se han producido un total de 223 reclamaciones. (Tabla 20)

Tabla 20: Reclamaciones Enero - Diciembre 2005

Reclamaciones Enero - Diciembre 2005	
Demora en la asistencia	108
Error asistencial de diagnóstico	3
Falta de asistencia	0
Insatisfacción prestación asistencia	55
Información asistencial	11
Falta/demora informe escrito	0
Derivación a otros centros	10
Trato personal inadecuado	31
Insatisfacción infraestructura	3
Desacuerdo normas institucionales	4
Otros (desaparición, robo,...)	30

Del análisis de las mismas se desprende que se han incrementado respecto al 2004 las reclamaciones por: Demora en la asistencia y han mejorado en el resto de parámetros.

*(\*)Grado de cumplimentación de la historia clínica. La historia clínica en formato especial diseñado para este servicio y no en el modelo tradicional conocido.*

*(\*\*)Proporción clasificación Triage. La Clasificación en Triage no se ajusta a los modelos actuales, aceptados por el SNS.*

El Instituto Picker lideró, hace dos años, un estudio en ocho países de la Unión Europea para dibujar el perfil del futuro paciente. (188) Los resultados de este estudio, ponen en evidencia que los ciudadanos europeos esperan un cambio en la forma de relacionarse con el sistema sanitario de sus respectivos países y con sus profesionales. Las conclusiones del estudio publicado por Mira (189) ponen de manifiesto, que las experiencias positivas de los pacientes, en relación con el trato y la empatía son los aspectos más valorados por pacientes y familiares y que por lo tanto, representa uno de los predictores de satisfacción más importantes.

# **CONCLUSIONES**

## CONCLUSIONES

1. La utilización de un modelo para la elaboración de los indicadores es uno de los aspectos fundamentales para que las mediciones se realicen con validez y fiabilidad. Todos los indicadores propuestos están orientados a la mejora, son fácilmente interpretables, pueden ser medidos sin grandes recursos y no necesitan excesivos esfuerzos para la recolección de los datos.
2. La estructura de los criterios, base del modelo original, es un marco de trabajo oportuno y válido para abordar estrategias de calidad en los servicios de urgencias hospitalarios, ya que sobre ellos se pueden agrupar todos los elementos relacionados con la gestión de la calidad en una organización. Presenta problemas de comparabilidad pues no se aplica un modelo uniforme a nivel nacional. En general, podemos afirmar, que no hemos tenido problemas a la hora de aplicar nuestra herramienta. Por lo tanto, los indicadores propuestos son de fácil utilización y los resultados de los mismos pueden ser obtenidos sin grandes dificultades. Resaltar, que más de la mitad de los indicadores propuestos, no se miden sistemáticamente en los centros sanitarios de este país.
3. El número de urgencias registradas totales que acuden al servicio de Urgencias del HUC y el número de urgencias totales por mil habitantes se mantienen en cifras similares a lo largo de los años estudiados. El 3,2% de pacientes que acuden a urgencias finalmente no son atendidos (2005). El número de pacientes atendidos al día (frecuentación relativa diaria) en el servicio de Urgencias del HUC disminuyó en el último año, a pesar, del incremento de población.
4. Las urgencias atendidas en el HUC que ingresan representa un porcentaje próximo al quince por ciento, es decir, una media de veinte y ocho urgencias al día. Pero este porcentaje de ingresos

sobre el total de ingresos (presión de urgencias) representa más del cincuenta por ciento. Esto nos lleva a la conclusión que por una parte un gran número de urgencias debería ser atendida en la atención extrahospitalaria. Por lo que habría que realizar un mejor filtrado de los pacientes dado que la proporción de enfermos que son enviados por un médico, superan el ochenta y tres por ciento. Y por otra parte, el impacto negativo que estos ingresos, tienen sobre la totalidad de los ingresos programados.

5. El número de pacientes en observación de urgencias se ha incrementado a lo largo de los años de manera significativa a pesar de que un paciente no debe permanecer más de veinticuatro horas en el área de observación. Un treinta y uno por ciento permanece y un veintiséis por ciento son dados de alta desde esta área. Esta permanencia convierte el área de observación de Urgencias en una unidad de hospitalización, produciendo problemas de retención de enfermos, consumo innecesario de recursos, en detrimento de la atención a los pacientes que retornan a su hogar.
6. Las altas sin culminación de asistencia, que a pesar de que el objetivo es de 1 diaria, se incrementa hasta más de seis al día, lo que supone un porcentaje importante al año de personas que abandonan el servicio sin culminar la asistencia. Los tiempos de espera, la relación interpersonal con los profesionales, la falta de confort etc. son factores determinantes en esta situación.
7. La Tasa de retorno a urgencias antes de 72 horas indica que a pesar de que el estándar de este indicador es de dos con cinco por ciento, en el HUC supone una tasa de más del cinco por ciento. El número de pacientes que vuelven antes de 72 horas después del alta en el servicio de urgencias del HUC se sitúa en más de tres mil cuatrocientos anuales y de éstos un 16,7% requieren ingreso. Los ingresos deberían ser estudiados fundamentalmente ajustado por categoría diagnóstica o proceso y esta información podría ser valiosa

para mejorar los flujos de trabajos y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

8. Los tiempos de respuesta en la atención indica que, en el servicio de urgencias del HUC, el enfermo espera casi siete minutos para ser clasificado, a la vez que aumenta la proporción de enfermos que se clasifican lo que de seguir la tendencia, aumentará progresivamente el tiempo de espera. A este tiempo, hay que sumar el tiempo que tardan los especialistas en acudir al servicio de urgencia y que se sitúa en casi dos horas, para los adultos (se excluye urgencias obstétrica). El tiempo medio de atención a los pacientes que acuden a urgencias en su itinerario y son dados de alta a su domicilio es de más de tres horas para los adultos y dos horas en pacientes pediátricos. Un tiempo de estancia prolongado puede significar que existe déficit de coordinación, circuitos inadecuados, servicios de soporte insuficiente, etc.
9. La historia clínica en soporte de papel no cumple con los requisitos de formato, ni forma parte de un solo documento del enfermo, ni se le aplican las medidas de custodia y seguridad establecidas legalmente. La calidad de las historias clínicas debe ser mejorada ya que representa el soporte asistencial y es la base de cualquier decisión clínica sobre el paciente. La codificación diagnóstica de altas y la calidad de la codificación no han podido ser evaluadas por ser inexistentes. La falta de codificación impide aplicar criterios de calidad, de casuística y de complejidad e influye negativamente en el estudio de los retornos a urgencias de los pacientes que han sido dados de alta.
10. La presencia de protocolos en el servicio de urgencias se puede considerar baja, no tienen protocolos estandarizados y recomendados por SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias), referidos al proceso asistencial, procesos clínicos, procedimientos asistenciales en urgencias otros.

11. Las reclamaciones indican que en general los usuarios presentan pocas reclamaciones, pero las reclamaciones siguen la regla descrita gráficamente como fenómeno “iceberg”, en el que la parte visible no representa más que una pequeña porción del total. Se observa un incremento progresivo a lo largo de los años. Destacando entre ellas, demora en la prestación de la asistencia que supera al resto de las reclamaciones, insatisfacción en la asistencia prestada, un trato personal inadecuado por parte de los profesionales.

# **BIBLIOGRAFÍA**

## BIBLIOGRAFIA

1. Sempere T. Utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias (tesis). Alicante: Universidad Miguel Hernández; 1999'
2. Cantero E, Sánchez-Cantalejo E, Martínez J. Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. *Aten Primaria* 2001; 28(5):326-32.
3. Descarrega R, Gutiérrez C, Cruz L. Análisis de la utilización inadecuada del servicio de urgencias de un hospital del tercer nivel. *Aten Primaria* 1994; 13(9):30-35. *Rev. Esp. Salud Publica* v.73 n.4 Madrid Jul./Ago. 1999
4. Lapeña S, Reguero S, García I, Gutiérrez M, Abdallah, González H. Estudio epidemiológico de las urgencias en un hospital general, Factores implicados en una demanda inadecuada. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 121 - 125. .
5. Murphy AW, Bury G, Plunkett PK, Gibney D, Smith M, Mullan E. Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: process, outcome, and comparative cost. *BMJ* 1996; 312: 1135-1142.
6. .Murphy AW, Leonard C, Plunkett PK, Bury G, Lynam F, Smith M. Effect of the introduction of a financial incentive for fee-paying A&E attenders to consult their general practitioner before attending the A&E department. *Fam Pract* 1997; 14: 407-410.
7. Murphy AW. «Inappropriate» attenders at accident and emergency departments 1: definition, incidence and reasons for attendance. *Fam Pract* 1998; 15: 23-32.
8. Murphy AW. Inappropriate attenders at accident and emergency departments I: definition, incidence and reasons for attendance (ii). *Fam Pract* 1998;15:3
9. Asociación Americana para la Calidad (EEUU). [www.asq.org/](http://www.asq.org/)

10. Clancy C. Publicado originalmente en inglés por la OCDE con el título: Patient Safety Data Systems in the OECD: A Report of a Joint Irish Department of Health - OECD Conference, Health Care Quality Indicators Project, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee, DELSA/HEA/HCQ 2007
11. La American Hospital Association (AHA).  
[www.aha.org/aha/issues/Quality-and-Patient-Safety/index.jsp](http://www.aha.org/aha/issues/Quality-and-Patient-Safety/index.jsp)
12. Sevilla F. Gestión clínica: la gestión de lo esencial como una estrategia de reforma en el Sistema Nacional de Salud. Revista de Administración Sanitaria. Volumen IV. Número 13. Enero/marzo 2000
13. Yetano J, López G, Guajardo J, Barriola MT, García M, Ladrón JM. Trescientos indicadores de calidad hospitalarios automáticos a partir del Conjunto Mínimo de Datos Básicos. Rev Calidad. Asistencial 2006; 21:207-12
14. LAS NORMAS UNE-EN-ISO 20008. Organización "Internacional" de Estandarización (ISO) Contiene información institucional sobre la entidad, noticias y una base de datos de Normas ISO. En inglés y francés. <http://www.iso.ch>
15. ISO Easy. Contiene información genérica sobre la Norma ISO 9000, bibliografía y ejemplos de procedimientos del Sistema de Calidad en formato PDF o word. En inglés. <http://www.exit109.com/~leebee>
16. Philip C. Liderazgo. Exitosa Editorial. 2000 México
17. Philip C. Hablemos De Calidad. 1a. Ed., México, Ed. Mcgraw Hill, 1990, 235 Pp.
18. Philip C. La Organización Permanentemente Exitosa Editorial. 2000 México
19. Juran J. El liderazgo para la calidad. Editorial: 2000 México
20. Juran J. La Planificación De La Calidad. Editorial: 2000 México.

21. Feigenbaum A. Total Quality Control. México: Mc Graw Hill 4ta Edición" 1990..
22. Genichi T, Thomas C. Hsiang y Elsayed A. Elsayed et. al (1989). Quality Engineering in Production Systems. McGraw-Hill, New York.
23. Deming E. La Nueva Economía. Ediciones. Díaz de Santos .1997
24. Walter S. Control económico de la Calidades Ed. Díaz de Santos 1997.
25. Sánchez E. Modelo EFQM y calidad asistencial. Rev. Calidad Asistencial 2002; 17:64-66. <http://www.efqm.org>. Visitada el 21 de agosto de 2004.
26. Improving Performance. OMS. Ginebra .2000
27. Maderuelo JA. Gestión de la calidad total. El modelo EFQM de excelencia. Medi Fam 2002; 12:631-640.
28. Hernán M, Prieto M, Gutiérrez JL, Martínez F, Pascual N. Expectativas, calidad percibida y satisfacción de usuarios sobre los servicios sanitarios en Andalucía. Escuela Andaluza De Salud Pública 2001
29. Ignacio E. Un modelo de gestión de la calidad total para la enfermería hospitalaria. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz. Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. 2000. Este libro ha sido editado en el contexto del Proyecto FIS 99/1037,
30. Arthur A. La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS, 1993.
31. Arthur A. Nuevas vías para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. Informe de conclusiones de la reunión de INTERACT Madrid, 1997.
32. Ortún V. Incorporación de criterios de eficiencia económica a las decisiones clínicas, Información Comercial Española 1990, 681-682:117-130.

33. Ortún V. ¿Conocimiento para gestionar? *Gestión Clínica y Sanitaria* 1999 Septiembre, vol. 1 nº 1, p.5-6. Juran J. M. *El Liderazgo Para La Calidad*. Editorial: 2000. México
34. Martínez F, Pascual N. Expectativas, calidad percibida y satisfacción de usuarios sobre los servicios sanitarios en Andalucía. *Escuela Andaluza De Salud Pública* 2001
35. Meneu R. La perspectiva de los pacientes. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2002; 4:3-4.
36. Juran M, Gryna F. *Manual de Control de la Calidad*. México: Mc Graw Hill. 4ta Edición en español 1993.
37. Nighthingale F. *Notas sobre enfermería*. Barcelona. Editorial: Salvat Editores S.A. 1.990
38. Codman E. *Minimun Standard for Hospital*. Colegio de Cirujanos 1951 a la JCAHO
39. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Características de los indicadores clínicos. *Control de Calidad Asistencial*; 6,3:65-74, 1.991.
40. JCAHO. *Estándares de acreditación de hospitales*. Fundación Avedis Donabedian. Barcelona, 1997.
41. Servicios. [ucaazo.edu.ec/registrosoficiales/2003](http://ucaazo.edu.ec/registrosoficiales/2003)
42. Deming E. *La Calidad, Productividad y Competitividad. La salida de la crisis*. Ed. Díaz de Santos. 1ª edición .1989
43. JURAN J, GRYNA F. (1993): *Manual de control de calidad*. Ed. McGraw-Hill.
44. JURAN J, GRYNA F.(1997): *Manual de control de calidad*. Ed. McGraw-Hill.
45. Juran J, Gryna F. (1995). *Análisis y Planeación de la Calidad*. México: Mc Graw Hill. 3ra edición.
46. Ishikawa K. *Introducción al Control de Calidad* Mundi Prensa 1994.
47. Ishikawa. K. *¿Qué es el Control de Calidad?* Parramón 1994.

48. Ishikawa, K. ¿Qué Es El Control Total De Calidad?: La Modalidad Japonesa; Colombia: Ed. Norma, 1996
49. Premio Malcolm Baldrige (EEUU). Página del Instituto Nacional de Estándar y Tecnología de EEUU con información sobre cualquier aspecto relativo al premio (bases del premio, calendario, materiales, cuestionario de autoevaluación, etc.) <http://www.quality.nist.gov/>
50. Berwick 1988, y publicación en 1989 en el New England J. Medicine (320-53-56). "Continuous Improving and ideal in Health Care". Proyecto Nacional de Demostración, con Godfrey Roessmer.
51. Proyecto Nacional de Demostración, con Godfrey Roessmer, Laffel y Bumental; publica en JAMA, las ventajas de una aproximación industrial de la calidad en los hospitales frente a la de aseguramiento de la calidad.
52. OMS. Evaluación de los programas de salud,. Normas fundamentales. Serie "Salud para todos, nº 6. Ginebra, OMS, 1987.
53. Plan de garantía total de atención sanitaria. Madrid: Secretaría General. Servicio de Documentación y Publicaciones, 1988.
54. European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. Sector Público y Organizaciones del Voluntariado. Madrid. 1999.
55. Plan Calidad Total, Insalud  
. [www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/calidadTotal](http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/calidadTotal).
56. El Comité de Ministros del Consejo de Europa aprueba la recomendación 17 acerca del "Desarrollo e Implantación de un Sistema de Mejora de la Calidad en 1997.  
[www.comib.com/index.asp?idcontenido](http://www.comib.com/index.asp?idcontenido).
57. Sánchez C. El médico y la intimidación. Ediciones Díaz de Santos 2001
58. Saltman R. Reformas sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales. Ginebra: OMS; 1997.
59. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de sanidad. BOE 29/04/1986.

- 60.** RD 1983/1996 de 2 de Agosto.  
[www.semergen.es/semergen2/microsites/opinion/opinion5/desarrollo](http://www.semergen.es/semergen2/microsites/opinion/opinion5/desarrollo)
- 61.** Plan de humanización de la Atención Sanitaria. INSALUD. 1984.
- 62.** Prior D, Solà M .(1993). L'eficiència dels hospitals de Catalunya. Comparació entre els hospitals públics i els privats. Col·lecció els llibres dels Fulls Econòmics. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- 63.** NÚÑEZ, A. “Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud”. Administración Sanitaria: 1999, III (9).
- 64.** NÚÑEZ, A. “El Plan Estratégico del Insalud”. Administración Sanitaria, 1998, II (6): 47–54.
- 65.** La Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente BOE 15 noviembre 2002,
- 66.** Ley 16/2003 de 28 de Mayo, cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 29/05/2003
- 67.** Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias. El BOE nº 280 de 22 de noviembre. publica el texto definitivo de la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesionales Sanitarias.
- 68.** Ley Estatuto Marco. LEY 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Boletín Oficial del Estado, 17 de Diciembre 2003 (núm. 301)
- 69.** Guía ISO/CEI 2 - Normalización y actividades relacionadas. AENOR. Madrid 2000.
- 70.** ENAC, (Entidad Nacional de Certificación) organismo designado por la Administración para evaluar la competencia técnica de acuerdo con normas internacionales. [www.enac.es](http://www.enac.es).
- 71.** EAC (European Accreditation of Certification)  
[www.european-accreditation.org/content/ea/europnetwork.htm](http://www.european-accreditation.org/content/ea/europnetwork.htm)
- 72.** Canadian Council on Health Services accreditation (CCHSA). Standards for Acute Care Organizations: A client-centered approach, 1995.

73. AIM Accreditation Program (Part 1): Get the Facts. Ottawa-Ontario (Canada): CCHSA, 2000.
74. AIM Accreditation Program (Part 2): Get Ready. Ottawa-Ontario (Canada): CCHSA, 2000.
75. AIM Accreditation Program (Part 3): Do the Self Assessment. Ottawa-Ontario (Canada): CCHSA, 2000.
76. AIM Accreditation Program (Part 4): Plan and Have the Survey. Ottawa-Ontario (Canadá): CCHSA, 2000.
77. La Comunidad Autónoma de Cataluña Establece la normativa propia en materia de acreditación de centros sanitarios en la Orden del 25 de Abril de 1983. Departamento de Sanidad de la Generalitat
78. Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la Acreditación docente Ministerio de Sanidad y Consumo.
79. Premio Deming (Japón y EEUU) Información sobre el premio, contenida tanto en el Instituto Edward Deming como en la Unión de Científicos e Ingenieros japoneses.  
<http://www.juse.or.jp/e/>    <http://deming.org/>
80. Premio Europeo de la Calidad (European Quality Award).Fundación Europea para la Mejora de la Calidad. Información sobre el modelo EFQM de Calidad Total, premios, eventos, publicaciones, links de interés, etc. En inglés.  
[http://www.efqm.org/human\\_resources/about.htm](http://www.efqm.org/human_resources/about.htm)
81. Premio Príncipe Felipe a la Competitividad Empresarial. MINISTERIO DE INDUSTRIA, TURISMO Y COMERCIO.
82. Norma española UNE-EN-ISO 9000:2000. Sistemas de gestión de la calidad: fundamentos y vocabulario. Madrid: AENOR, 2001
83. Kings Fund Organisational Audit (KFOA).  
[www.hqs.org.uk/sidefiles/aboutus/history.htm](http://www.hqs.org.uk/sidefiles/aboutus/history.htm)  
[www.kingsfund.org.uk](http://www.kingsfund.org.uk) Visitada el 4 de abril de 2006.

84. Canadá. Perfil del Sistema de Servicios de Salud. 27 de marzo de 2000. [www.hc-sc.gc.ca/english/](http://www.hc-sc.gc.ca/english/).
85. Indicadores de la Joint Commission para el sistema de medición de indicadores y uso en hospitales. Manual de Acreditación para Hospitales, 1.996
86. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. Control de calidad asistencial, 1991; 6:65-74.
87. Estándares Internacionales de acreditación de Hospitales. Edit. Joint Commission International Accreditation y Fundación Avedis Donabedian, 2001. <http://www.jointcommission.org/>.
88. Herrador Teresa Carmen, et al. Introducción a la Auditoría Interna. Editorial Tirant Lo Blanch. 2005
89. <http://www.baldrigefoundation.org/baldrige/bdrgaward.html>
90. European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. Versión para grandes empresas y unidades de negocio u operativas. 2003.
91. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. EFQM. 2003
92. European Foundation for Quality Management. European Excellence Model. Brussels. 2000. disponible en <http://www.efqm.org>. Visitada en junio de 2006. .
93. Rosander A. Los catorce puntos de DEMING aplicados a los servicios Sanitarios. E. DIAZ DE SANTOS. S. A. Madrid1994.
94. Walton M. Como Administrar La Calidad Con El Método Deming. Editorial: 2000
95. Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión. Sociedad Latinoamericana para la Calidad. Servicios de información sobre calidad y artículos on line.

<http://www.fundibq.com/renfe/front/jsp/index.jsp?idsite=9906195249661>

96. Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad: «Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión», Madrid, FUNDIBEQ, 2004, 30pp.[Disponible en la red: [www.fundibeq.org](http://www.fundibeq.org)].
97. MODELO DE CALIDAD TOTAL DEL SNS Ministerio de Sanidad y Consumo Junio 2001 <http://www.calidad.org>
98. Organización “Internacional” de Estandarización (ISO) Contiene información institucional sobre la entidad, noticias y una base de datos de Normas ISO. En inglés y francés. <http://www.iso.ch>. <http://www.iso.org> Visitado el 31 de agosto de 2005
99. Norma española UNE-EN-ISO 9001:2000. Sistemas de gestión de la calidad: requisitos. Madrid: AENOR, 2001
100. Norma española UNE-EN-ISO 9004:2000. Sistemas de gestión de la calidad: directrices para la mejora del desempeño. Madrid: AENOR, 2001.
101. Vivas D. 2000. Tendencias internacionales en la organización de los sistemas de salud”. Centro de Ingeniería Económica. Unidad de Investigación en Economía y Gestión de la Salud. Universidad Politécnica de Valencia. Valencia (España).
102. Hammer M, Champy J. Reingeniería, Grupo editorial NORMA, 1994.
103. Ramón C, Ricci C. Proceso de autoevaluación de la Fundación Hospital Manacor mediante el modelo Europeo de gestión de calidad total. Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 151-154
104. Oteo LA, Silva D, Garrido J, Pereira J. Desarrollo de los criterios del modelo europeo de gestión de calidad en hospitales públicos. Gestión Hospitalaria 2000; 11:127-143.
105. Garrido J, Silva MD, Oteo LA. Estudio descriptivo del nivel de desarrollo de los criterios agentes del modelo europeo para la gestión de calidad total en hospitales de la comunidad de Madrid. Rev. de Calidad Asistencial 1998; 13: 144-151.

- 106.** Maderuelo JA. Gestión de la calidad total. El modelo EFQM de excelencia. *MediFam* 2002; 12:631-640
- 107.** Ardevol M, Canals M, Gómez A, Llor C. El modelo EFQM como instrumento de difusión de la cultura de la calidad total en el ámbito sanitario de Atención Primaria. *Rev. Calidad Asistencial* 2000; 15: 161-163.
- 108.** Jiménez J, Molina P, Grandal J, Simón J, Ruiz U, *et al.* El modelo Europeo de gestión de la calidad total como sistema de gestión hospitalario; experiencia resultados tras dos años de implantación en un hospital público. *Rev. Calidad Asistencial* 2001; 15, 164-171.
- 109.** Mira J. La aplicación del modelo europeo de gestión para la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev. Calidad Asistencial* 1998; 13: 92-97.
- 110.** Lógica REDER" en: EFQM: <http://www.efqm.org>.
- 111.** JCIA–FAD. Estándares internacionales de acreditación de hospitales. Barcelona: Viena Serveis, 2001
- 112.** [nfo@completehealthcareresources.com](mailto:nfo@completehealthcareresources.com)
- 113.** Fundación Avedis Donabedian (FAD) [www.fadq.org/](http://www.fadq.org/) -
- 114.** Asociación benchmarking europea para la colaboración entre las Administraciones Públicas (The European Benchmarking Network – EBN-). Es una red de contactos que provee de manera gratuita información sobre técnicas de becnhmarketing y ayuda a identificar potenciales partners. Es un subgrupo del Grupo de Servicios Públicos Innovadores (IPSG). Contiene grupos de discusión, búsqueda de “partners” eventos  
<http://forum.europa.eu.int/irc/euradmin/eubenchmarking/info/data/en/ebnsite/page1b.htm>
- 115.** Patient Safety Indicators 8. National Patient Safety Agency (NPSA) [en línea] 2006 [fecha de acceso 20 de agosto de 200]. URL disponible en:

<http://www.npsa.nhs.uk/>.

116. La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) , Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). [en línea] 2006 [fecha de acceso 20 de agosto de 2006]. URL disponible en: <http://www.ahrq.gov/>.
117. AHQR Quality Indicators – Guide to Patient Safety Indicators. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2003. Version 2.1. Revisión 3, (January 17, 2005) AHRQ Púb. 03R203.
118. Project Quality Indicators, Agency for Healthcare Research and Quality Healthcare Cost & Utilization Project.(HCAP). Quality Indicators: Summary. Outcome, Utilization, and Access Measures for Quality Improvement. (<http://www.ahcpr.gov/data/hcup>)
119. Federation of American Hospitals (FAH) American Hospital Association. "URAC progressing with web site accreditation". En: Hospital peer review, 2001, v. 26, n. 5, pp. 67-68
120. Harkins, A. and George H. Kubik. (2006). Leapfrogging toward the "singularity:" Innovative knowledge production on market-driven campuses. On The Horizon, Vol. 14, Issue 2, 2006, 99-107. [www.leapfroggroup.org](http://www.leapfroggroup.org).
121. Otero M. Nuevas iniciativas para mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos en los hospitales. Rev. esp. Salud Pública 2004; 78: 323-39.
122. Consejo Internacional de Enfermeras. Declaración de posición del CIE sobre Seguridad de los pacientes. Adoptada en 2002
123. BONAZZI, G. (1993): "Modelo japonés, toyotismo, producción ligera: algunas cuestiones abiertas", *Sociología del Trabajo*, nº 18, pp. 3-22.
124. Evans J. Administración y Control de Calidad. Edt. Magro2005
125. Masaka I. KAIZEN. Editorial Cecsá; 1989

126. Masak I. *Cómo implementar el Kaizen en el sitio de trabajo*. Mc Graw Hill. 1.998.
127. Ruiz J. Adaptación del modelo iberoamericano a la administración pública/ - Madrid: Ministerio de Administraciones Públicas. Dirección General de Inspección, Evaluación y Calidad de los Servicios, 2005. - 14 p. Evento: Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 10 (2005 Oct. 18-21 : Santiago).
128. [www.ppg.cl/Articulos/Modelo\\_Iberoamericano\\_de\\_Excelencia\\_en\\_la\\_Gestion\\_\(2003](http://www.ppg.cl/Articulos/Modelo_Iberoamericano_de_Excelencia_en_la_Gestion_(2003)
129. NeLH es la Biblioteca Virtual del Servicio de Salud Inglés, que facilita el acceso a un importante volumen de recursos electrónicos. El buscador de GPC (NeLH Guidelines Finder) contiene más de 2000 GPC elaboradas en el Reino Unido provenientes de: The National Institute for Clinical Excellence (NICE), Medendum Group Publishing eGuidelines (acceso mediante suscripción), Prodigy Guidance, Public Health Laboratory Service - Advice and Guidelines, SIGN Clinical Guidelines, BMJ. Collected Resources: Guidelines.
130. HQS is accredited by the United Kingdom Accreditation Service (UKAS). The Health Quality Service is an operating division of CHKS Ltd. Registered as CHKS ...[www.hqs.org.uk/](http://www.hqs.org.uk/)
131. Kings Fund Organisational Audit (KFOA) and was part of the Kings [www.hqs.org.uk/sidefiles/aboutus/history.htm](http://www.hqs.org.uk/sidefiles/aboutus/history.htm)
132. El libro blanco inglés "The New NHS, modern and dependable" (1997)  
[www.cmdmc.com.ve/documentos/cursoigs/CALIDAD\\_EN\\_SALUD.doc](http://www.cmdmc.com.ve/documentos/cursoigs/CALIDAD_EN_SALUD.doc).
133. *REAL DECRETO 2200/1995, de 28 de Diciembre de 1995, que aprueba el Reglamento de la Infraestructura para la Calidad y la Seguridad Industrial*

- 134.** *AENOR*- Asociación Española de Normalización *AENOR* es una entidad dedicada al desarrollo de la normalización y la certificación(N+C) en todos los sectores industriales y deservicios. Tiene como propósito contribuir a mejorar la calidad y la competitividad de las empresas, así como proteger el medio ambiente. El campo de actuación de la asociación no se limita a España; *AENOR* es miembro de pleno derecho, y representa a nuestro país, en los Organismos Internacionales, europeos y regionales de Normalización (ISO, IEC, CEN, CENELEC, ETSI, COPANT),posibilitando la participación activa de expertos ,españoles en todos ,estos foros..  
<http://www.aenor.es>
- 135.** Sistema de información de asistencia especializada. Manual de explotación 2001 Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
- 136.** Instituto Juran (EEUU).Información sobre los servicios que ofrece esta institución fundada por J.M. Juran  
<http://www.juran.com>
- 137.** Suñol R, Humet C. Garantía de calidad y acreditación en España.  
[www.sespas.es/informe2002/cap22](http://www.sespas.es/informe2002/cap22)
- 138.** CAPMANY. Hospital de Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Ed. Gustau Gili S.A. 1981.
- 139.** sistema de acreditación catalán .Orden 21 de Noviembre de 1981(DOGC numero 187 de 21 de Diciembre
- 140.** Consejería de Sanidad. Plan Estratégico 2004-2007. de Atención Primaria. La calidad como motor del cambio en los. Servicios Sanitarios Públicos de Canarias ...  
[www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/6/6\\_1/](http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/6/6_1/)
- 141.** Plan de Calidad 2005-2008. Junta de Andalucía  
[www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos.asp?pagina=pr\\_CalidadAsistencial](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos.asp?pagina=pr_CalidadAsistencial).

- 142.** Gobierno Vasco. Plan estratégico de Osakidetza – Servicio Vasco de Salud 1998 –2002. Vitoria 1998.
- 143.** Plan de Calidad 2003/2007. Estrategia de Mejora. Osakidetza/Servicio vasco de salud .2002. [www.osakidetza-svs.org](http://www.osakidetza-svs.org)
- 144.** Asistenciales del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. Rev. Calidad. Asistencial 2002:17(4)
- Asistencial 1996; 11:108-12.
  - asistencial 1997; 12:122-136.
  - Asistencial 1998; 13:92-97.
  - Asistencial 1999; 14:76-87.
  - Asistencial 2001; 16: 481-482.
  - Asistencial 2001; 16: 583.
  - Asistencial 2001; 16: 722-728.
  - Asistencial 2002:17(8):587-8.
  - Asistencial 2002; 17(2): 61-63.
  - Asistencial 2002; 17(2): 61-63.
  - Asistencial 2002; 17(5): 273-83.
  - Asistencial 2002; 17(8):624-31.
- 145.** Fundación Avedis Donabedian como entidad no. gubernamental dedicada exclusivamente a la promoción de la calidad asistencial ...[www.sespas.es/informe2002/cap22](http://www.sespas.es/informe2002/cap22)
- 146.** Fundación Vasca para la Calidad  
[www.euskalit.net/pdf/boletines/boletin1](http://www.euskalit.net/pdf/boletines/boletin1)
- 147.** Semes, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.[www.semes.org/](http://www.semes.org/)
- 148.** Grupo de Trabajo SEMES-Insalud. Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de Calidad. Emergencias 2001; 13:60-5.

149. Manual de Indicadores de actividad y calidad para los Dispositivos y Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias. Grupo de Calidad del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2000.
150. Manual de Indicadores de Actividad y Calidad para Urgencias y Emergencias Sanitarias. Servicio Andaluz de Salud. 2001
151. Fierro J. Aplicación de indicadores de calidad en la gestión de urgencias para evaluar y mejorar la asistencia. Director de Área Integrada de Gestión de Urgencias y Unidad Polivalente. CENTRO HOSPITALARIO DE ALTA RESOLUCIÓN, El Toyo (Almería)
152. Conjunto mínimo básico de datos en urgencias y emergencias (CMBD-UE. SERCAN-SANIDAD. Madrid  
[www.madrid.org/sercam/investiga/index2.html](http://www.madrid.org/sercam/investiga/index2.html)
153. Normas de acreditación para servicios de emergencias.  
[www.semesgalicia.es/bajadas/Estandares%20Emergencias](http://www.semesgalicia.es/bajadas/Estandares%20Emergencias)
154. Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, *et al.* Serveis d'urgències: Indicadors per mesurar els criteris de l'atenció sanitària. Barcelona: Agència d'Avaluació de tecnologia i recerca mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, juny, 2001
155. Servicios de Urgencias: Indicadores para medir los criterios de calidad en la atención sanitaria. Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias y Fundación Avedis Donabedian, Abril 2001.
156. Sansa L, Orus T, Juncosa S, Barredo M, Traveria J. Frecuentación a los Servicios de Urgencia hospitalarios: motivaciones y características de las urgencias pediátricas. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 97-104

157. González B, Mendoza R, Hinojosa J, Buitrago F. Adecuación de las derivaciones medicas a un servicio de Urgencias hospitalario. *Aten Primaria* 1995; 7: 433-436
158. FERRER J M. Revisión de la utilización en el área de observación de urgencias: validez y fiabilidad de una adaptación específica del protocolo aep. tesis doctoral. Barcelona, Septiembre de 2002
159. Vecina T, Duaso E, Ferrer F. Evaluación del uso apropiado de un área de observación de urgencias mediante el Appropriateness Evaluation Protocol: un análisis de 4.700 casos. *An Med Interna* 2000 Mayo; 17:229-37
160. Fernández A, Callejas JL, Paredes MI, Navarro D. Tiempos de espera y calidad asistencial en Urgencias. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:559.
161. Llorente S, Arcos PI, Alonso M. Factores que influyen en la demora del enfermo en un servicio de urgencias hospitalarias. *Emergencias* 2000; 12: 164-71.
162. Martínez AA. Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. *Revista Galega de Actualidad Sanitaria*. Vol.3. Nº 1 - marzo 2004
163. Conesa L, Vilardell R, Muñoz J M, Casanellas P, Torre G, et al. Análisis y clasificación de las urgencias hospitalarias mediante los Ambulatory Patient Groups. *Gac Sanit* vol.17 no.6 Barcelona Nov.-Dec. 2003
164. Manual del GET-Manchester: septiembre de 2004 fue publicada la versión definitiva del Sistema de Triage Manchester en castellano. [www.triagemanchester.com/](http://www.triagemanchester.com/)
165. González R M, Arúe B, Pérez MJ, Sánchez E , Ansótegui JC, Letona J. La gestión de la información sobre quejas y reclamaciones en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. *Revista de Calidad Asistencial*, 2003; 18(7)

- 166.** Quintana J M<sup>a</sup>, Arostegui I, Arcelay A Garcia. M. Ortigas M, Candelas S .Encuesta satisfacción a pacientes servicio de urgencias de hospitales agudos, Servicio de Epidemiología Clínica y Evaluación de la calidad Hospital de Galdakao. Subdirección de evaluación y Asistencia Sanitaria. Osakidetza Vitoria, Servicio de Urgencias. Hospital de Galdakao
- 167.** Ignacio E, Rodríguez MJ, López A, Martínez M, Cruzado MD, Ramos G, et al. Un modelo de gestión de la calidad total para la enfermería hospitalaria. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz. Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. 2000. Este libro ha sido editado en el contexto del Proyecto FIS 99/1037.
- 168.** Meneu R. La perspectiva de los pacientes. Gestión Clínica y sanitaria 2002; 4:3-4
- 169.** Gea. MT, Hernández M, Jiménez JM, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. Rev. Cal Asistencial 2001; 16:37-4.
- 170.** Mira J. La satisfacción del paciente: teorías, medidas y resultados. Todo Hospital. 2006;22:90-97
- 171.** Carrión M I. Calidad percibida por los pacientes en un hospital de agudos a través de encuestas. Rev. Calidad Asistencial 2003; 18: 39-45
- 172.** Hernán M, Prieto M, Gutiérrez JL, Martínez. F, Pascual N. Expectativas, calidad percibida y satisfacción de usuarios sobre los servicios sanitarios en Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2001
- 173.** Mira JJ. El paciente competente: una alternativa al modelo paternalista. Monografías Humanitas. 2006;8:111-123
- 174.** Ware JE. Using psychometric methods to measure health outcomes. Medical Outcomes Trust Monitor. 1998

175. Arnau, J. Un modelo de gestión (2001). Diseños experimentales en esquemas. Barcelona: Ediciones Universitarias.
176. Arnau, J. (2002). Diseños de series temporales: técnicas de análisis. Barcelona: Ediciones Universidad de Barcelona
177. Balluerka, N., y Vergara, A.I. (2002). Diseños de investigación experimental en psicología. Madrid: Prentice Hall.
178. Rubio, L. (2005): Métodos Estadísticos para la Administración y Dirección de Empresas: supuestos resueltos de contrastes no paramétricos. Editorial Visión Net, Madrid.
179. Convenio Gestión. Hospital Universitario de Canarias. 2004
180. Informes Auditoria Interna. Hospital Universitario de Canarias. 2004
181. Memoria Gestión. Hospital Universitario de Canarias 2004
182. Convenio Gestión. Hospital Universitario de Canarias. 2005
183. Informes Auditoria Interna. Hospital Universitario de Canarias. 2005
184. Memoria Gestión. Hospital Universitario de Canarias 2005

## Otros enlaces oficiales de interés para la gestión de Calidad.

\* **Ministerio de Administraciones Públicas (Español).** Información sobre programas de calidad en la Administración pública española. Contiene información sobre cursos de formación, modelos EFQM y CAF, premios, cartas de servicios, además de facilitar enlaces de interés

<http://www.igsap.map.es/calidad/calidad.ht>

\***Instituto Europeo de Administración Pública.** Información sobre el modelo CAF, premio europeo, publicaciones, conferencias, jornadas, etc. Existe la posibilidad de cumplimentar el cuestionario de autoevaluación “on line” y enviar los resultados.

<http://www.eipa.nl>

\***Federación Española de Municipios y Provincias.** Contiene documentos relativos a la calidad en la Administración Local: Pautas para la aplicación de las Normas ISO 9000 en Corporaciones Locales, modelos (CAF y Modelo Ciudadanía, Decálogo de principios sobre la calidad de los servicios públicos como enfoque que favorece el ejercicio de los derechos de los ciudadanos y el compromiso social de las personas, análisis y perspectivas de modernización y calidad - “Estado de situación de experiencias de modernización y calidad en Corporaciones Locales”-, formación, etc.

<http://www.femp.es>

\***Asociación Española de la Calidad** Entidad privada, sin ánimo de lucro, cuya finalidad es fomentar la implantación de la calidad. Ofrece entre otros servicios: bibliografía sobre calidad, listado de entidades de certificación, catálogo de carteles sobre calidad, información sobre

cursos y seminarios impartidos por AEC, publicación de artículos on line sobre calidad, foros, links sobre calidad, etc

<http://www.aec.es>

**\*Observatorio para la calidad de los servicios públicos (España).** Es una entidad sin ánimo de lucro que se crea para contribuir a la difusión y la implantación en el ámbito público de los sistemas de Calidad, especialmente desde el reconocimiento de los progresos que realizan las distintas Administraciones y empresas públicas. Su principal proyecto es el de colaborar en la creación del Premio Ciudadanía a la Calidad de los Servicio Públicos, denominado así para resaltar su rotundo enfoque al ciudadano. Este premio es el primero de ámbito estatal y referido al sector público en España. <http://www.ocsp.arrakis.es>

**\*Benchmarking en el Sector Público (Reino Unido).**

<http://www.benchmarking.gov.uk/default1.asp>

**\*Club Gestión de Calidad.** Organización sin ánimo de lucro fundada en 1991 por empresas españolas comprometidas con la calidad total y cuya misión es promover la implantación de sistemas de gestión de calidad total basados en el Modelo Europeo de Excelencia. Entre sus servicios, ofrecen un catálogo de publicaciones en el que se pueden adquirir guías de autoevaluación, formulario para la evaluación, descripción del modelo, etc.

<http://www.clubcalidad.es>

**\*Instituto Speyer para la Administración Pública (Alemania).**

<http://www.dhvspeyer.de/qualitaetswettbewerb/Information%20in%20English.htm>

**\*ICT Net. Comunidad Virtual Gestión de la Calidad Total (España).**

Foros de debate, chat, newsletter, news por sectores y/o áreas de interés y recursos sobre certificación, normas ISO, gestión de calidad, gestión de calidad total, QFD, Benchmarking y calidad en el sector servicios. <http://www.ictnet.es/esp/comunidades/>