

## Implantación de un cuadro de mando para seguimiento de los resultados de calidad pactados por los servicios hospitalarios

Dolors Montserrat<sup>a</sup>, José Ramón Martínez<sup>b</sup>, Margarita Alonso<sup>b</sup>, Olga Meirás<sup>e</sup>, Ana Franco<sup>c</sup>, Isabel García<sup>c</sup>, Francisco Vilanova<sup>e</sup> y Alfredo García<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Calidad, <sup>b</sup>Sección de Bioestadística, <sup>c</sup>Dirección Médica y <sup>d</sup>Gerencia.

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. <sup>e</sup>Alumno del Master de Administración y Dirección Sanitaria ICADE.

### Correspondencia

Dolors Montserrat Capella.

Dirección Médica. Hospital Puerta de Hierro.

San Martín de Porres, 4. 28035 MADRID

Correo electrónico: mmontserrat@hpth.insalud.es

### Resumen

El objetivo del presente trabajo es establecer el seguimiento adecuado de los objetivos pactados anualmente por los servicios del hospital. Para ello se prevé la realización del cuadro de mando de los objetivos de calidad que permita una actualización inmediata de las evaluaciones correspondientes y el seguimiento continuo de objetivos por parte de los servicios que se pone de manifiesto con el envío periódico de informes. Estos objetivos de calidad se basan en el programa institucional del INSALUD y los propios de cada servicio/unidad del hospital.

El cuadro de mando se estructura como un libro de Excel que consta de una serie de hojas básicas que recogen la información de cada capítulo contemplado en los objetivos de calidad. La información de estas hojas se diseña como *entrada* procedente de fuentes diversas y se estructura de manera que su presentación ofrezca el análisis completo de cada uno de los grupos de información descrito, con la previsión de informes periódicos para cada servicio que incluya un tratamiento estadístico adecuado que permita realizar comparaciones dentro y entre cada servicio. Los resultados de *salida* se materializan en 59 hojas del libro que muestran los resultados provisionales de los objetivos de calidad de cada servicio hospitalario.

Los resultados se concretan en el cuadro de mando que ha sido utilizado en nuestro hospital en el año 2000. Se ha comprobado que la implantación de este modelo de seguimiento de los datos de calidad pactados ha propiciado su cumplimiento e incrementado el interés y el conocimiento de estas materias por parte de los componentes de los servicios hospitalarios. La puesta en marcha de este procedimiento permite un seguimiento exhaustivo de los objetivos a efectos de incentivación y resuelve ciertos problemas detectados anteriormente en la evaluación anual.

**Palabras clave:** Cuadro de mando. Objetivos de calidad.

### Summary

The aim of this project was to establish close monitoring of the objectives annually agreed on by hospital services. To do this, a quality assurance database was created which performs immediate updates of quality assurance evaluations, continuously monitors hospital services' objectives and produces regular reports. These quality objectives are based on the official program established by the Spanish National Health Service (Insalud) and those of each hospital service/unit.

The database is similar to the Excel program and contains a series of basic sheets recording the information outlined in quality objectives. All the information on these sheets figures as INPUT from different sources and is structured to provide a complete analysis of each information set. Regular reports are also given to each service, which include statistical content to allow comparisons within and between services to be carried out. Output consists of 59 sheets showing the provisional results of the quality objectives of each hospital department.

The results are specified in the database used in our hospital in the year 2000. The use of this database to closely monitor previously-agreed quality data has favored the fulfillment of these objectives and has increased interest and knowledge of these matters within hospital services. This process also allows thorough monitoring of objectives, particularly incentives, and also resolves certain problems previously detected in the annual evaluation.

**Key words:** Data-Base control. Quality objectives.

## Introducción

En el año 1995 fue aprobado el plan estratégico para el hospital, en el cual se incluía la implantación del plan de calidad total como objetivo estratégico. Durante los años siguientes se ha ido implicando en este objetivo a todos los profesionales del área sanitaria con el fin de enlazar las preocupaciones internas con las exigencias externas. Dentro del Contrato de Gestión del INSALUD para la atención especializada está incluido el programa de calidad que incluye una serie de objetivos comunes para los hospitales con el fin de impulsar un cambio cultural y el desarrollo de sistemas para la monitorización y mejora continua de la calidad<sup>1</sup>.

El Hospital Puerta de Hierro está situado en el noroeste de Madrid, atiende una población de 450.000 habitantes aproximadamente, siendo además referencia para algunos servicios. Con una disponibilidad de 500 camas es considerado dentro del INSALUD como hospital de grupo 4. El programa de calidad del hospital incluye los objetivos institucionales así como el específico del hospital o de los servicios.

El correcto seguimiento de los objetivos exige un control de la información de los resultados evaluados a lo largo del año, no sólo en cuanto al almacenamiento de datos, sino sobre todo en lo referente a la difusión para hacer conocer estos resultados parciales a los servicios correspondientes con el fin de que tomen las medidas oportunas en el caso que sea necesario.

## Objetivo

Establecer el seguimiento adecuado de los objetivos pactados anualmente con los servicios del hospital. Se hace notar que el trabajo aquí presentado sólo incluye básicamente aquellos objetivos del plan de calidad institucional que se monitorizan por el hospital.

Se materializará en el diseño de una herramienta configurada como cuadro de mando que establecerá un mecanismo de recogida de la información para conseguir un conocimiento continuo de la situación actual, informar periódicamente a los servicios hospitalarios y en consecuencia mejorar la calidad.

## Material y métodos

El proceso previsto se inicia con la solicitud de la información pertinente por parte de la unidad de calidad a los servicios que manejan la información global considerada. La recogida de estos datos y su transcripción en el cuadro de mando ofrecerá automáticamente la evaluación de los servicios, que serán informados de estos resultados. El calendario programado implica la realización de tres procesos anuales en fechas próximas al 20 de junio, el 30 de setiembre y el 25 de febrero. El primero de ellos ofrecerá un avance sobre los resultados obtenidos en los tres o cuatro primeros meses cuyo objetivo fundamental es la concienciación y recuerdo de los objetivos de calidad pactados, el segundo actuará como un

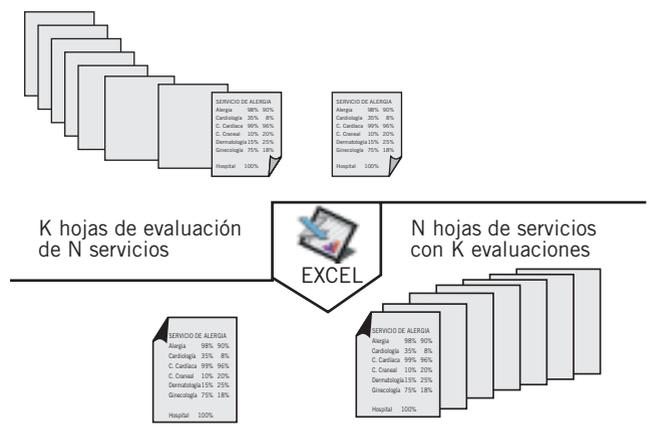
aviso ya que incluyendo los resultados de la mitad del año presenta la posibilidad de mejora en los últimos 3 meses del año y, por último, el tercero ofrecerá los resultados definitivos conseguidos.

La información para procesar está constituida por los resultados obtenidos en cada uno de los objetivos pactados por cada servicio. Su análisis consiste en estructurar los datos correspondientes e incluirlos en unas hojas de entrada que deben ser cumplimentadas por el servicio evaluador y que serán reflejados en la hoja individual de cada servicio hospitalario. La organización prevista es similar al proceso de creación de evaluaciones escritas de alumnos de un centro de enseñanza. Las hojas de entrada de datos se corresponden con la listas de calificaciones de los diferentes profesores conteniendo la relación de alumnos y notas recibidas, resultados que se reflejan automáticamente por las características de la hoja de cálculo en los registros previamente definidos de cada alumno en los que consta la relación de asignaturas y las notas conseguidas. En nuestro caso concreto el papel de "profesores" es asumido por los servicios evaluadores y el registro de "alumnos" se corresponde con la hoja de objetivos de cada servicio en el que consta explícitamente los valores de los objetivos marcados. La estructura elegida fue la de un libro Excel<sup>2</sup> configurado como una serie de hojas descriptivas de cada actividad con las evaluaciones de los servicios cuyos resultados se reflejan automáticamente en las hojas concretas de cada servicio hospitalario en las que previamente se han incluido los objetivos pactados (fig. 1).

El análisis de cada objetivo de calidad se realizará atendiendo a diversos criterios que se refieren a:

- El rango de aplicación. Existe una serie de ellos que son obligatorios para cada servicio (protocolos); en otros son generales para servicios clínicos; en otros son generales para servicios de investigación, y el resto se engloba en una clase general con objetivos específicos de cada servicio.
- El lugar donde se produce la evaluación. En este contexto se advierte que existen servicios centrales de información que procesan los datos que evalúan objetivos concretos para un grupo de servicios y que hay otras evaluaciones que

Figura 1. Filosofía del procedimiento utilizado.



se realizan en los propios servicios (recogida en la unidad de calidad).

– El tipo de servicio que condicionan grupos de objetivos similares. En este sentido la dirección médica tiene asignados 57 servicios hospitalarios entre los cuales hay 37 servicios clínicos (21 médicos y 16 quirúrgicos), nueve servicios de diagnóstico, tres servicios de investigación y los ocho restantes quedan englobados como otros servicios.

– El tipo de información de la evaluación es importante para dirigir el proceso de recogida de datos. Puede ser cuantitativa (la mayoría de las veces es un porcentaje) o cualitativa (sí o no en muchos de los casos).

En relación con los objetivos pactados, se analiza la información correspondiente presentando la información clasificada según los criterios anteriormente descritos. Se especifica la descripción y significado de cada objetivo, su aplicabilidad, el servicio responsable de la evaluación, el calendario seguido en la evaluación, la información intermedia recogida (en caso que sea necesario) y el proceso de determinación de indicadores.

La *implantación de protocolos* es un objetivo pactado en todos los servicios hospitalarios que dependen de la dirección médica. La evaluación correspondiente se concreta en la confirmación de presentación (sí-no), autoevaluación (sí-no) y el valor del porcentaje de cumplimiento. Los resultados se deben presentar una vez al año en la Unidad de Calidad.

La confección de las *normas organizativas del servicio* es otro de los objetivos pactados por todos los servicios hospitalarios. La evaluación se concreta (una vez al año) con la respuesta (sí-no) a la pregunta revisión y actualización normas del servicio y es realizada por la unidad de calidad que ha debido recibir el documento correspondiente.

Todos los servicios que tratan con pacientes han pactado un objetivo para mejorar el tema de la *información a pacientes y familiares*. En el año 2000 se ha concretado en la confección de un documento especificando el circuito del plan documentado de información que debe ser elaborado por los miembros del servicio hospitalario y presentada en la unidad de calidad. La evaluación (anual) realizada por la unidad de calidad se hace según las directrices generales elaboradas por el comité de ética asistencial que han sido distribuidas previamente a los servicios.

Los objetivos pactados en *gestión de reclamaciones* por casi todos los servicios que atienden pacientes se concretan en los valores del porcentaje de reclamaciones contestadas y el porcentaje de reclamaciones contestadas antes de 15 días. El servicio de atención al paciente recoge, pasado un mes el período evaluado, la distribución de reclamaciones y felicitaciones indicando para cada servicio el número total de reclamaciones, de las contestadas antes de pasar 15 días, de las contestadas después de 15 días, de las no contestadas y de las resueltas con trámite interno. Asimismo, recoge el número de felicitaciones que constarán en el cuadro de mando en la hoja de evaluación general de este objetivo. El cálculo de los porcentajes finales se realiza sobre el total de reclamaciones excluyendo las reclamaciones resueltas por trámite interno.

Los objetivos correspondientes a *documentación clínica* son aplicados a todos los servicios clínicos que dirigen el es-

tudio de pacientes y se concretan en cuatro valores de porcentajes referidos a características de informes de alta en lo que se refiere a su confección definitiva en menos de 15 días (historias de alta codificadas a los 15 días con informe de alta definitivo), en menos de dos meses, que cumplan el 100% de criterios de calidad definidos según Orden Ministerial y que cumplan el 80% de estos criterios. Esta evaluación es realizada por la sección de documentación clínica y archivo y la comisión de historias clínicas a partir de una muestra aleatoria de historias de pacientes dados de alta en un período determinado. Los datos son procesados una sola vez al año, generalmente en los meses de noviembre y diciembre.

Respecto a los objetivos que incluyen *codificación diagnóstica*, propios también de servicios que dirigen pacientes, se refieren a un valor mínimo de porcentaje de altas codificadas y del de reclamaciones atendidas (contestaciones sobre el total de historias devueltas por el Archivo por faltar documentación). La evaluación correspondiente se realiza por la sección de documentación clínica y archivo que la envía a la unidad de calidad en cada una de las evaluaciones previstas. Teniendo en cuenta que la evaluación de cada período se realiza pasados 45 días de su finalización, la primera evaluación (20 de junio) ofrece los resultados del primer trimestre, la segunda (25 de setiembre) se realiza sobre historias de pacientes dados de alta en las fechas comprendidas entre el 1 de enero y el 30 de junio y la tercera (25 de febrero) ofrece los resultados anuales finales.

La *monitorización de una serie de indicadores* por realizar en los servicios que dirigen pacientes suele referirse exclusivamente a la determinación del resultado correspondiente sin obligar a un determinado cumplimiento. En el último año los indicadores generales establecidos se refieren al porcentaje de altas de pacientes con estancia superior a 40 días respecto al número total de altas del servicio, el número de estancias potencialmente evitables (en comparación con hospitales del mismo grupo y excluyendo a los casos extremos), el número de estancias ahorradas (según el criterio anteriormente citado), el porcentaje de reingresos (ingresos urgentes en menos de 30 días para la misma categoría diagnóstica mayor), el número de altas potencialmente ambulatorias según criterios del INSALUD (grupo total y mayores de 65 años) y el número de estancias potencialmente ambulatorias (total y mayores de 65 años). Esta evaluación se realiza por la sección de documentación clínica y archivo siguiendo los mismos criterios de la codificación diagnóstica. Tres evaluaciones anuales correspondientes al primer trimestre, primer semestre y total anual.

El *consentimiento informado* (CI) es un objetivo pactado por la mayoría de los servicios que realizan intervenciones y/o procedimientos que requieren esta normativa. El documento correspondiente se configura como un contrato entre el paciente y el médico que va a realizar la prueba correspondiente. Los criterios de validez del consentimiento pueden ser más o menos estrictos y en este orden los fijados por INSALUD en las evaluaciones de calidad 2000 exigían exclusivamente la firma del paciente y el médico, destacando en un segundo nivel la identificación del médico. En nuestro hospital, para que un CI sea considerado válido, se exige la constancia de los da-

tos siguientes: nombre del facultativo, fecha, tipo de intervención y firmas del paciente y del médico. El objetivo pactado con los servicios consiste en un porcentaje mínimo de CI en la historia clínica debidamente cumplimentados, aunque en el cuadro de mando también se incluye como información adicional el número de CI del servicio que han sido aceptados por el comité de ética asistencial. En la actualidad, la evaluación se está realizando por la unidad de calidad o por el propio servicio hospitalario siguiendo un procedimiento correcto de muestreo. Fijada una muestra representativa de pacientes materializada en una serie de historias clínicas se determina el porcentaje de historias con el CI debidamente cumplimentado sobre el número de historias de la muestra. La implantación del cuadro de mando y la difusión periódica de las evaluaciones ha influido notoriamente en la mejora de la calidad en este tema concreto. Teniendo en cuenta que el INSALUD exige la evaluación anual de los 12 servicios quirúrgicos del hospital en las dos intervenciones quirúrgicas (IQ) más frecuentes, y cinco procedimientos de interés especial, se ha fijado un calendario de actuación, que ha sido seguido a rajatabla en el año 2000, de acuerdo con las fechas y actuaciones siguientes:

- Mes de mayo: IQ más frecuentes en servicios quirúrgicos realizadas en el período enero-abril.
- Junio: Procedimientos definidos por el INSALUD realizados en los cinco primeros meses del año.
- Meses de julio y agosto: IQ que ocupen el segundo lugar en el ranking de frecuencias realizadas en el año en curso y anteriores al 30 de junio.
- Meses de setiembre-noviembre: procedimientos de servicios clínicos realizados en el año antes del 31 de agosto y que no son contemplados de momento por INSALUD. En el año 2000 en nuestro hospital se hizo un estudio de CI de transfusiones en once servicios clínicos.
- Diciembre: revisiones de IQ y procedimientos de los servicios cuyas evaluaciones hasta este momento no alcanzan el límite pactado. El período de estudio está formado por los meses de octubre y noviembre.
- Enero: revisiones de CI en servicios clínicos que no alcanzaron el nivel pactado en la evaluación anterior.

Uno de los objetivos del año 2000 es el *incremento de la prescripción de primera receta* que en nuestro hospital será medido por el porcentaje de incremento registrado en el número de recetas prescritas por los servicios clínicos en el año 2000 sobre las prescritas en el año 1999. Los cálculos correspondientes se realizan en la sección de Bioestadística a partir de información mensual de medicamentos prescritos en el área enviada por la Subdirección General de Atención Especializada de la Dirección Territorial. La primera evaluación del cuadro de mando en el año 2000 no incluyó resultados en este apartado debido a una demora en el envío de información por parte de la Subdirección General. La segunda evaluación del cuadro de mando en setiembre incluía resultados comparando el número de recetas prescritas en el primer semestre de los años 1999 y 2000.

El objetivo de control de gestión de *lista de espera según criterios* se mide con el valor mínimo del porcentaje de

pacientes que están registrados en lista de espera de forma correcta (en lo que se refiere a inclusión de información completa mínima exigida) sobre el total de pacientes incluidos en LEQ. La información es elaborada por el servicio de admisión.

La valoración del *protocolo de profilaxis antibiótica* se realiza con la determinación del porcentaje de pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta, sobre el número de pacientes intervenidos evaluados (excepto intervenciones de cirugía sucia). El servicio de medicina preventiva obtiene periódicamente los datos correspondientes para realizar la evaluación.

El porcentaje de *suspensiones quirúrgicas* es otro de los indicadores a determinar. Esta información es enviada mensualmente a la unidad de calidad por la unidad de protocolos e informática quirúrgica.

Además de los objetivos descritos, la unidad de calidad recopila e incluye en el cuadro de mando información concreta de servicios hospitalarios que se engloban en hojas de cálculo de entrada de datos denominadas con títulos tales como *objetivos específicos, objetivos de investigación y monitorización de indicadores específicos*. Asimismo controla otra hoja de información con la constancia o no de firma de objetivos en las que incluye la fecha de firma.

## Resultados

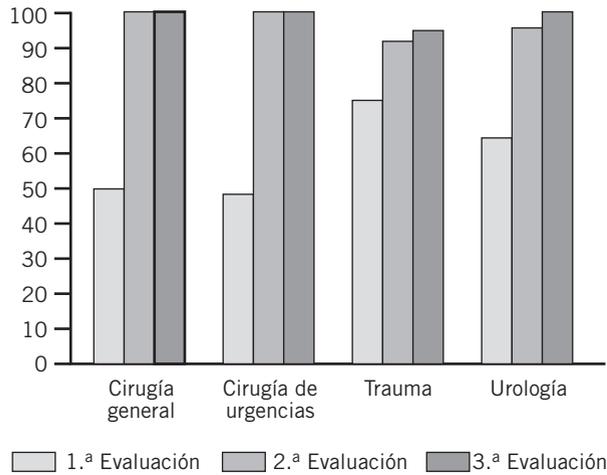
El presente trabajo describe el proceso de implantación y puesta en marcha de un cuadro de mando para la gestión del programa de calidad en un centro sanitario. Se concreta en un libro Excel<sup>3</sup> constituido por 21 hojas de entrada de datos con información global por actividad con detalle de resultados por servicio y 58 hojas resultantes con la descripción de objetivos pactados y los resultados de la evaluación correspondiente para cada servicio y global hospital.

Tal y como se ha especificado anteriormente, el proceso se realiza en tres fechas del año (junio, setiembre y febrero) con los resultados de los períodos correspondientes (primer trimestre, primer semestre y año total). La explotación de la información en cada evaluación consiste en la confección de una serie limitada de cuadernos con toda la información del libro Excel destinada a los componentes del equipo directivo del hospital y la impresión de los resultados de cada servicio hospitalario que es enviada a los jefes acompañada de una carta personal del coordinador de calidad resaltando los datos de interés.

En este momento sólo se han realizado dos envíos ya que todavía está pendiente la evaluación anual, por lo que todavía es pronto para presentar resultados comparativos definitivos, aunque ya podemos comentar la evidencia de mejora de calidad en algunos de los objetivos evaluados.

El seguimiento continuo e insistente realizado este año en la cumplimentación del CI se ha materializado en un resultado cercano al 100% en la última evaluación, realizada en intervenciones quirúrgicas del período octubre y noviembre en servicios que hasta ese momento no cumplían los requisitos pactados (fig. 2).

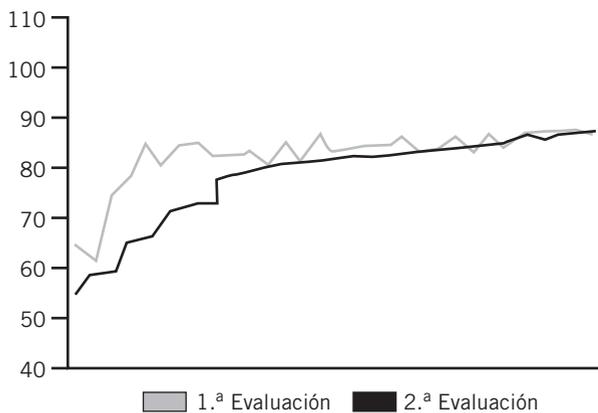
**Figura 2. Resultado en porcentaje de las evaluaciones de consentimiento informado en los servicios que no cumplían los objetivos pactados en la segunda evaluación.**



La dinámica del cuadro de mando ha afectado de forma positiva a las actividades de codificación diagnóstica. La primera evaluación midió un porcentaje de altas codificadas en el global hospital del 84,3% que mejoró sustancialmente en la segunda evaluación con un resultado del 90,7%. Esta evolución se manifestó en casi todos los servicios (fig. 3), sobre todo en los que habían dado originalmente resultados más bajos.

El estudio de las evaluaciones obtenidas para valorar el incremento de la prescripción de primera receta en servicios hospitalarios no ofrece resultados significativos indicando que no se manifiesta ningún cambio de comportamiento del año 2000 sobre el 1999. El estudio comparativo del número de

**Figura 3. Resultados comparativos de porcentajes de altas codificadas en las dos evaluaciones.**



recetas prescritas de forma global en cada mes, de los nueve sobre los que actualmente se tiene información, indica un número medio de 2.562 recetas para el año 2000 en contraste sobre las 2.597 del año anterior. La diferencia que no es significativa ( $p = 0,75$ ) es incluso inferior en el año 2000 como puede observarse en la figura 4, donde se ofrece una representación de las diferencias entre número de recetas en meses correlativos. Estos resultados que se manifiestan de forma idéntica en estudios detallados por servicios muestra claramente que al menos hasta el mes de setiembre no se ha incrementado en absoluto la prescripción de la primera receta. La explicación parece evidente en el sentido que los servicios no fueron conscientes de este tema en la firma de objetivos. Por otra parte el "efecto cuadro de mando" no ha podido ponerse de manifiesto, ya que esta información no fue incluida en la primera evaluación ante la falta de disposición en aquella fecha de información farmacéutica del año 2000, siendo la primera nota de atención enviada en la segunda evaluación realizada en setiembre con información del primer semestre. El efecto posible de esta evaluación no podemos detectarlo todavía ya que en el momento actual sólo disponemos de la información de los primeros 9 meses, que son los datos utilizados para hacer este comentario.

En el caso de reclamaciones la posibilidad de mejora es ínfima ya que se parte de datos con frecuencias muy bajas. Sobre 39 servicios hospitalarios que contemplan este objetivo se registraron 38 reclamaciones en el primer trimestre y 54 en el segundo y en ambas ocasiones ocho de las cuales se resolvieron por trámite interno. La forma de resolución en ambos casos se pone de manifiesto en la figura 5 que aunque refleja un mayor porcentaje en la contestación antes de 15 días (el 70 frente al 60%) en el período de la segunda evaluación no es significativo al ser la frecuencia total un valor pequeño.

El total de suspensiones quirúrgicas ha dado un resultado significativo<sup>4</sup> en los dos períodos evaluados, pasando del

**Figura 4. Diferencias entre el número de recetas prescritas en cada mes del año 2000 y del mes correlativo de 1999.**

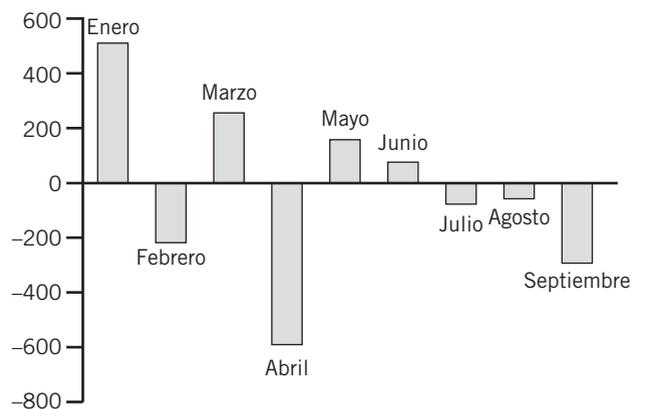
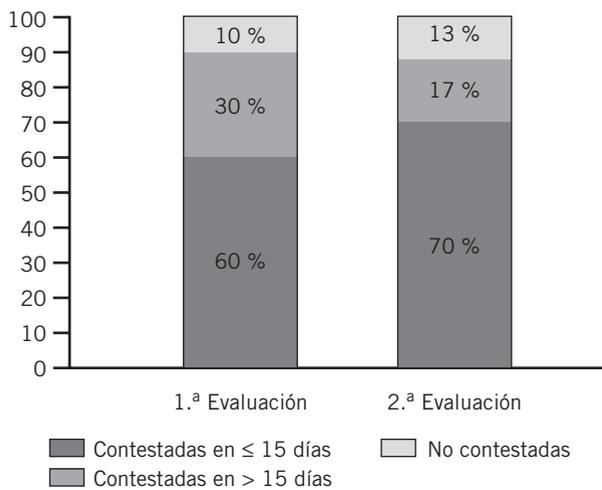


Figura 5. Resultado de la resolución de reclamaciones en los servicios hospitalarios.



6,5% (3.748 IQ programadas) al 4,8% (sobre 1.695 IQ programadas). Esta significatividad no se ha concretado en los estudios individuales por servicio debido a que los valores de porcentajes son bajos, lo que configura una mayor fuente de error. Por otra parte, hemos de tener en cuenta los dos períodos evaluados (enero-mayo y junio-agosto) que presentan claramente una diferencia en el desarrollo de la actividad.

Los valores obtenidos para los indicadores generales monitorizados, descritos en el apartado “monitorización de indicadores”, se mantienen similares en las dos evaluaciones.

## Discusión

La puesta en marcha del cuadro de mando descrito se confirma claramente como una herramienta de calidad que permite un control rápido y eficiente de la información sobre la calidad que están utilizando los servicios hospitalarios, cuantificado con las evaluaciones de los objetivos pactados<sup>5</sup>. Ello permite conocer a lo largo del año aquellos objetivos pactados a efectos de incentivación tal y como viene reflejado en los acuerdos CESH-INSALUD 1996. El seguimiento realizado desde la unidad de calidad de la SGAE (Subdirección general Atención Especializada) del INSALUD persigue los mismos objetivos, circunstancia que también puede observarse en otros sistemas sanitarios como el francés<sup>6</sup>.

Su dinámica de funcionamiento conduce a una mayor participación de los servicios hospitalarios en el programa de calidad del hospital ya que la información periódica recibida les estimula a modificar sus hábitos, hecho que aunque se realice en primera instancia para conseguir el cumplimiento de los objetivos pactados se manifiesta en definitiva como

una mejora de la calidad hospitalaria que es el objetivo final. Este sistema se utiliza en otros hospitales para la política retributiva como el Hospital de Alcorcón<sup>7</sup>.

Es evidente su efectividad en temas que tienen una aplicación continua a lo largo del tiempo, como “codificación diagnóstica”, “informes de alta en tiempo mínimo y con requisitos establecidos”, “consentimiento informado”, “reclamaciones y prescripción primera receta”. La aplicación de esta herramienta en el año 2000 ha permitido comprobar este hecho en codificación diagnóstica y CI, no ha pasado tiempo suficiente para comprobar su efecto en la prescripción de primera receta y el número de reclamaciones es muy pequeño para poder detectar significativamente su influencia. En cuanto a la mejora de calidad en informes de alta, no ha podido ser comprobada al no haber hecho este estudio, que exige un muestreo y estudio de historias clínicas, en las evaluaciones periódicas. Sin embargo para el próximo año está prevista su realización modificando la rutina establecida pasando de una muestra al final de año en tres muestras localizadas en tiempo que puedan dar una evaluación periódica en los tiempos programados.

Los resultados obtenidos en los indicadores monitorizados (estancias superiores a 40 días, potencialmente evitables y ahorradas; altas potencialmente ambulatorias y reingresos) parecen mantenerse constantes y no son afectados por la implantación del cuadro de mando.

El uso de esta herramienta no va a mejorar los temas que sólo son evaluados una vez al año, pero su uso mejorará de forma importante su gestión al registrar en el cuadro de mando la recepción de esta información.

En cuanto a impacto social entre el grupo de facultativos, está claro que las evaluaciones periódicas han aumentado su concienciación en cuanto a la importancia que la institución está dando al tema de calidad.

## Bibliografía

1. Memoria Insalud, 1998.
2. Hoja de cálculo Excel. Azpe, S.L., 1994.
3. Manual del Usuario. Microsoft Excel. Microsoft Corporation, 1994
4. SPSS Base 10.0 Manual del usuario. SPSS, Inc., 1999.
5. Dirección General del Insalud. Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. Algunas reflexiones en torno a los hospitales públicos. Nuevas formas organizativas de los hospitales y participación de los facultativos en la gestión. Madrid: Ene Ediciones, 1996; p. 60-86.
6. Arana JM, Zurita MR, Duvieux P. El desarrollo de la evaluación y de la calidad del sistema sanitario francés. Rev Calidad Asistencial 2000;15:259-69.
7. Ayuso D, Royuela C. La dirección por objetivos de la gestión de recursos humanos de enfermería. Rev Calidad Asistencial 2000; 15:430-6.