

Sistema de calidad del Servicio Aragonés de Salud

Antonio Brun^a y Juan Carlos García-Aísa^b

^aDirector del Área de Coordinación Asistencial. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza.

^bCoordinador del Sistema de Calidad. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza. España.

Correspondencia: Servicio Aragonés de Salud.

Paseo María Agustín, 16, planta 3.º. 50004 Zaragoza. España.

Correo electrónico: calidadensalud@aragob.es

Resumen

Mejorar la calidad asistencial tiene una larga tradición en Aragón. En los años ochenta, numerosos profesionales desarrollaron actividades con ese objetivo.

Desde finales de 1999, el Servicio Aragonés de Salud (SALUD) realiza institucionalmente esfuerzos para promover una cultura para la mejora de la calidad. Así se puso en marcha en el año 2000 el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el SALUD.

Cuando se transfirieron los servicios sanitarios del INSALUD al Gobierno de Aragón, SALUD pudo empezar a materializar un sistema de calidad que adopta el Modelo Europeo de Excelencia de la EFQM (European Foundation for Quality Management) como marco de referencia y que actualmente lleva a cabo su plan de actuación en 3 áreas: mantener y desarrollar un marco de referencia sobre calidad, garantizar una estructura suficiente para el sistema de calidad, y mejorar el SALUD desde la perspectiva de sus pacientes, sus personas y sus procesos.

Palabras clave: Sistema de calidad. Servicio Aragonés de Salud. INSALUD.

Introducción

El Servicio Aragonés de Salud (SALUD), modificó en 2002 su estructura organizativa al asumir, tras las transferencias, la gestión de los servicios sanitarios; adoptó un modelo matricial con 4 líneas de producto (atención primaria, especializada, salud mental y atención sociosanitaria) y gerencias únicas que agrupan la gestión de los recursos de todos los ámbitos asistenciales en cada una de las unidades territoriales definidas como sectores. La misión (tabla 1), visión y valores del SALUD definen el marco estratégico para desarrollar su sistema de calidad.

En este contexto, la política de calidad del SALUD, al igual que en otras organizaciones y empresas líderes en su sector, tiene que caminar hacia un modelo basado en la "gestión de calidad total", que supone una filosofía empresarial, un estilo de gerencia que implica que todos los miembros de

Abstract

There is a long tradition of quality improvement in Aragon. In the 1980s, numerous health professionals developed activities with this aim.

Since the end of 1999, the Aragonese health service has aimed to stimulate a culture of quality improvement. Thus, in 2000 the Program of Support for Quality Improvement Initiatives in the Aragonese health service was introduced.

When the Spanish public health system was decentralized, the Aragonese health service was able to implement a quality assurance system that takes the EFQM European Excellence Model as a reference. This system is currently implementing its plan of action in three areas: maintaining and developing a frame of reference for quality, guaranteeing an adequate structure for the quality assurance system, and improving the Aragonese health service from the point of view of patients, staff and processes.

Key words: Quality system. Aragonese health service. Spanish public health system.

la organización se esfuerzan por suministrar productos o prestar servicios que cumplan e incluso sobrepasen los requisitos de calidad que establecen sus clientes.

Por consiguiente, en las organizaciones gestionadas con esta "filosofía", la calidad no es responsabilidad de un departamento de calidad, sino que se despliega a todos sus departamentos que intentan conseguir los objetivos de gestión fijados por la empresa, incluidos los de calidad. En estas organizaciones podemos encontrar las características que se mencionan en la tabla 2.

En el SALUD se decidió en 2001 utilizar el Modelo Europeo de Excelencia Empresarial, más conocido como "Modelo EFQM" y que es propiedad de la European Foundation for Quality Management¹, como un instrumento de diagnóstico que ayude a conseguir un buen sistema de gestión y sirva como marco de referencia para evaluar los progresos de su organización hacia la excelencia. El modelo es un marco de tra-

Tabla 1. Misión del Servicio Aragonés de Salud (SALUD)

Tiene que proporcionar a los ciudadanos y residentes en Aragón una atención sanitaria integral, asegurando su accesibilidad y entendiendo como tal la promoción de estilos de vida saludables; la prevención y protección frente a factores físicos, medioambientales y biológicos; la prestación de todos los cuidados necesarios en caso de enfermedad y el mantenimiento del mayor grado posible de autonomía e inserción en su entorno y en la sociedad, para satisfacer todas sus necesidades y expectativas en materia de salud

Tiene que proporcionar a su personal los medios necesarios, información, material, formación; promover y desarrollar la investigación, introducir las medidas de mejora e innovación que sean necesarias; fomentar su participación, incrementar su responsabilidad en la gestión, para que consigan un alto grado de motivación, se impliquen en el logro de la misión y puedan realizarla según el mejor conocimiento del momento

Tiene que estar "centrado" y "orientado a" la comunidad y promoviendo su participación, anticiparse a sus necesidades y expectativas, planificando los servicios, actividades y recursos necesarios, para ofrecer con equidad y eficiencia unos servicios de salud excelentes

Tabla 2. Gestión de calidad total

El "cliente" es el centro de atención

La mejora de la calidad es una actitud cotidiana

Las personas de la organización se implican en esta idea de la calidad

El equipo directivo encabeza el compromiso con la mejora de la calidad

Existe una política de empresa con objetivos planificados y estrategias definidas para lograrlos

bajo no prescriptivo que reconoce que la excelencia de una organización se puede lograr de manera sostenida mediante diversos enfoques.

La opción por el modelo europeo como marco integrador no significa prescindir de otros sistemas que pueden ser muy recomendables en situaciones concretas, y que además son complementarios. Es seguro que algunos servicios utilizarán la certificación ISO 9000:2000, ISO 14000 o la acreditación ISO 15189, en el caso de los laboratorios clínicos; al igual que determinados centros, podrán emplear métodos de acreditación como el de la Joint Commission International, el de la Kings Fund u otros.

Mientras que el modelo europeo, junto con los métodos de certificación y acreditación, proporciona el marco de actuación, el sistema organizativo para la calidad en el SALUD se sustenta en el conjunto de sus personas. El desarrollo de Grupos Impulsores de la Calidad es una pieza clave e imprescindible para mejorar el SALUD.

En este contexto, el sistema de calidad del SALUD lleva a cabo su plan de actuación en 3 grandes áreas: *a)* mantener y desarrollar un marco de referencia sobre calidad en el SALUD; *b)* garantizar una estructura suficiente para el sistema de calidad en el SALUD, y *c)* mejorar el SALUD desde la perspectiva de sus pacientes, sus personas y sus procesos.

Antecedentes

En Aragón existe una gran tradición en lo que se refiere a la realización de actividades de mejora de la calidad asistencial. Los inicios de la reforma de la atención primaria y el Programa Ibérico impulsaron en los años ochenta un elevado número de experiencias desarrolladas por grupos de profesionales fuertemente comprometidos con su trabajo, sus pacientes y la comunidad a la que atendían. Esas iniciativas contaron puntualmente con un respaldo importante desde diversos niveles directivos, aunque este apoyo no llegó a sistematizarse de una forma "estable".

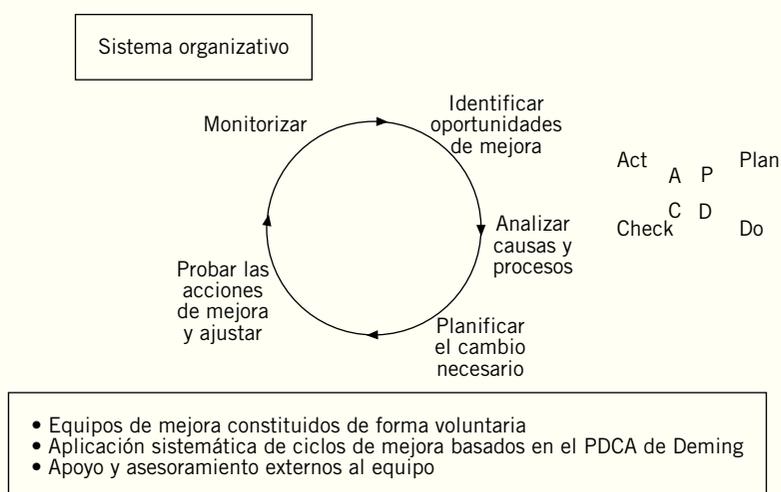
Desde finales de 1999, en el SALUD se vienen desarrollando, institucionalmente, actividades encaminadas a impulsar la mejora de la calidad de la atención y servicios que reciben sus usuarios. El resultado es un sistema de calidad que todavía está en construcción en la medida de lo posible, con la participación de los profesionales e integrando las numerosas experiencias ya existentes en la Comunidad Autónoma. Se ha producido una clara diferenciación entre dos períodos separados por un hecho único en nuestro sector como ha sido la transferencia de los servicios gestionados por el antiguo INSALUD.

En la segunda mitad de 1999, coincidiendo con el inicio de una legislatura en la Comunidad Autónoma de Aragón, la dirección del SALUD se encontró con un escenario marcado por el hecho de unas próximas transferencias de las competencias sobre la gestión de los servicios sanitarios dependientes, todavía en aquel momento, del INSALUD.

En ese contexto, se planteó la necesidad de contribuir al desarrollo de una "cultura de la calidad" para colaborar en la mejora de la práctica asistencial y promover una atención centrada en el paciente. Asimismo, se planteó la necesidad de un cambio estratégico en su papel respecto a profesionales y usuarios, para incrementar su presencia entre éstos y mejorar su imagen. Y se apreció, además, una mayor oportunidad para actuar, en un primer momento, en el ámbito de la atención primaria; así se gestó la aparición del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón, que se puso en marcha en junio de 2000² con la misión de "potenciar y apoyar a los profesionales de atención primaria para que éstos presten a sus usuarios unos cuidados de calidad excelente". En la figura 1 se presenta el sistema organizativo del programa que se comprometía a facilitar a los proyectos seleccionados:

– Asesoramiento y formación sobre metodología y herramientas para el desarrollo de ciclos de mejora de la calidad aplicados a cada proyecto.

Figura 1. Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el SALUD.



- Intercambio de la información y experiencias generadas por los distintos proyectos seleccionados.
- Presupuesto necesario para subvencionar total o parcialmente las actividades del proyecto.

Con el Programa de Apoyo funcionando en el ámbito de la atención primaria, la dirección del SALUD, a principios de 2001, decidió desarrollar un sistema de gestión de la calidad para el conjunto de la organización. Y que el Modelo EFQM fuera el marco de referencia para el sistema de calidad en el SALUD.

En el segundo trimestre de 2001 se diseñaron las primeras líneas estratégicas del sistema de calidad, dirigidas a los 3 elementos básicos en cualquier organización: a) los clientes que van a recibir los servicios que necesitan; b) las personas que pertenecen a la organización y posibilitan que ésta cumpla su misión, y c) los procesos que las personas de la organización llevan a cabo para satisfacer las necesidades de los clientes. Estos 3 elementos interactúan creando un escenario en el que encontramos constantemente a “personas haciendo cosas para otras personas”. Las líneas estratégicas quedaron definidas de la siguiente manera:

- Introducir en todos los ámbitos del SALUD, tanto clínicos como administrativos, una “cultura” para la mejora continua de la calidad y establecer en sus unidades la aplicación sistemática de métodos y herramientas que ayuden a mejorar los resultados obtenidos por los clientes (usuarios, pacientes, etc.).

- Afianzar en el SALUD una orientación al cliente, con la perspectiva de que las personas que trabajan en su estructura realizan actividades para satisfacer las necesidades y expectativas de otras personas.

- Motivar e implicar a las personas del SALUD en el desarrollo y mejora de sus líneas estratégicas.

Aunque se hablaba de ámbitos “tanto clínicos como administrativos”, la situación existente antes de las transferencias marcó una realidad muy concreta y se decidió comenzar el desarrollo de las líneas estratégicas en los servicios centrales y gerencias provinciales del “antiguo” SALUD dependiente del Gobierno Autónomo. De esta manera, se crearon algunos “grupos impulsores de la calidad” cuya aparición permitió introducir en alguna medida la “idea de mejora de la calidad” y formular la misión de las distintas unidades. Sin embargo, en el último trimestre de 2001 fue cobrando certeza el hecho de que iba a realizarse la transferencia de los servicios gestionados por el INSALUD. Con este “nuevo” escenario y los cambios que deberían producirse, el desarrollo de esos grupos experimentó un notable freno.

El Programa de Apoyo, sin embargo, permitió mantener una presencia entre los equipos de atención primaria cuya actividad, en la práctica, era gestionada por el INSALUD. Con una excelente acogida entre los profesionales, amplió su ámbito de actuación a la atención especializada en la convocatoria para 2002.

En el primer trimestre de 2002, se materializaron las transferencias al Gobierno de Aragón de los servicios sanitarios y aparece el SALUD como nueva imagen corporativa. En los Contratos de Gestión de atención primaria y especializada de ese mismo año se manifestó el compromiso de la dirección por la mejora de la calidad. Éstos reflejaron ya acuerdos de varios tipos. Por una parte, de carácter estructural, como la existencia de personas de referencia en calidad en los equipos de atención primaria y en los servicios o unidades de los hospitales, la existencia de equipos de mejora, etc. También de carácter más funcional, como la realización de proyectos de mejora, programas integrales de calidad de las unidades, etc.

De igual manera, tanto las gerencias de primaria como las de los hospitales adquirieron en 2002 el compromiso de formar a sus directivos con relación al Modelo Europeo de Ex-

celencia y de realizar una autoevaluación de sus organizaciones según los criterios de dicho modelo.

Además, en el caso de los hospitales, se introdujo la evaluación de una serie de estándares de calidad con sus correspondientes elementos de medición basados en la adecuación de la documentación utilizada en anteriores Contratos de Gestión a los “estándares internacionales de acreditación de hospitales” propuestos por la Joint Commission International Accreditation (JCI).

Durante la segunda mitad de 2002, se desarrolló un programa de formación sobre EFQM, gestión por procesos y evaluación de estándares hospitalarios que alcanzó a 140 personas del SALUD, la mayoría directivos aunque también profesionales de las unidades de calidad, otros técnicos y algunos miembros de equipos de atención primaria y unidades hospitalarias. De todos ellos, 57 personas adquirieron habilidades como “evaluadores internos del Modelo EFQM de excelencia”.

Entre diciembre de 2002 y enero de 2003, 8 de las 13 gerencias implicadas en ese momento realizaron una autoevaluación. Todas identificaron un elevado número de aspectos de interés, con un promedio de 184 en total. Esta cifra se puede desagregar en puntos fuertes y áreas de mejora (fig. 2), tanto en primaria como en especializada.

Como consecuencia de la autoevaluación realizada, los Contratos de Gestión de 2003 introdujeron, entre otros, el compromiso de llevar a cabo una serie de proyectos de mejora. Algunos fueron establecidos por la dirección del SALUD y otros seleccionados por cada centro de entre los puntos fuertes y áreas de mejora detectados en su autoevaluación.

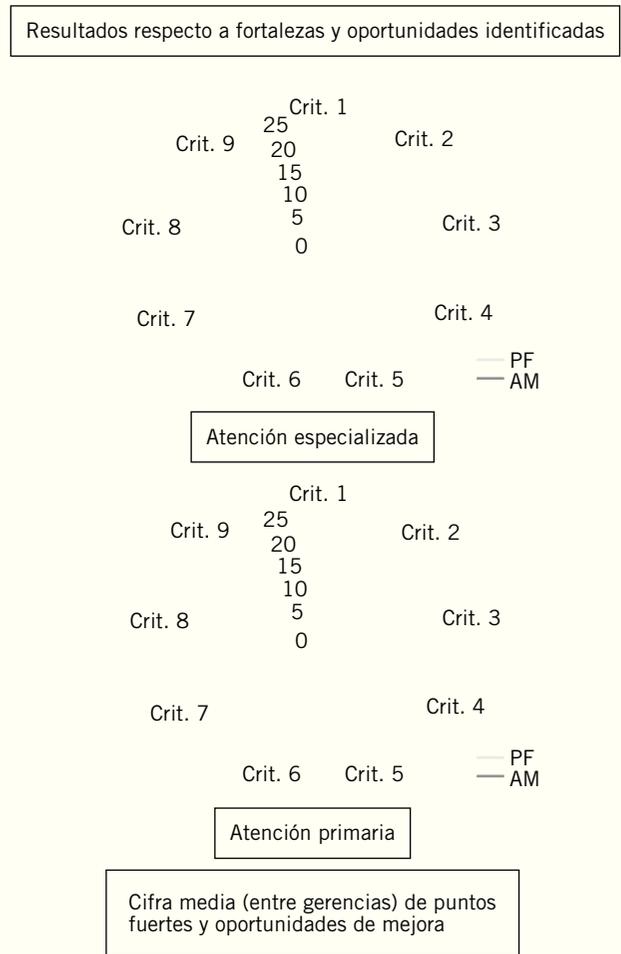
Estrategia de gestión

El camino andado hasta finales de 2002 permitió introducir algunos ajustes en el sistema de calidad del SALUD y, por otra, mejorar su definición. En la figura 3 se muestran sus elementos, los que actúan de guía o de control del sistema, otros de carácter organizativo y que le aportan recursos o le sirven de soporte y, por último, las líneas de intervención del sistema.

El sistema de calidad del SALUD tiene la misión de impulsar a los distintos elementos del SALUD para lograr que sus resultados se adapten a los requisitos previamente establecidos, de manera que cubran las necesidades y satisfagan las expectativas de todos los grupos interesados en ellos: clientes, pacientes y usuarios que utilizan sus servicios; las personas que llevan a cabo esos servicios; el Departamento de Salud como parte del Gobierno de Aragón; los que proporcionan externamente sus productos o servicios, y en definitiva, el conjunto de la sociedad en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Los elementos “guía” tienen que ver con la política de calidad. Aportan un valor estratégico al sistema de calidad al proporcionar las “normas” sobre cómo éste va a actuar. Mientras que el modelo europeo es una guía hacia la excelencia, la política del Departamento de Salud define las líneas estratégicas que deben marcar la misión del SALUD. Los Contratos de Gestión se convierten en instrumentos para establecer

Figura 2. Autoevaluación EFQM en el SALUD 2002.



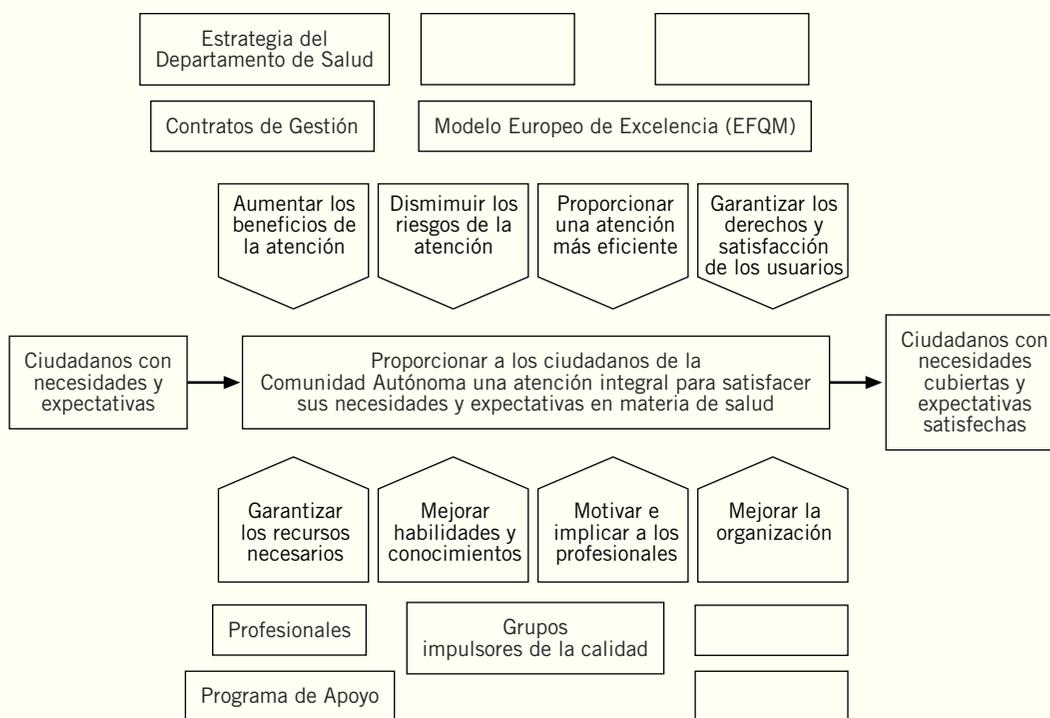
la relación entre el Departamento y el SALUD por una parte, la Dirección del SALUD y sus gerencias por otra y, a su vez, entre estas últimas y los profesionales que realizan su labor en los distintos niveles asistenciales.

Los elementos que aportan recursos proporcionan soporte al sistema de calidad para cumplir su misión. El conjunto de los profesionales constituye el factor humano imprescindible para mejorar la asistencia. La organización en grupos impulsores de la calidad, equipos de mejora en definitiva, potencia su efectividad. Por otra parte, los equipos de mejora van a encontrar un buen estímulo a través del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el SALUD.

Las líneas de intervención ayudan a hacer operativo el sistema de calidad del SALUD. Definen las áreas sobre las que el sistema de calidad tiene que garantizar que la organización realiza acciones de mejora.

Los Contratos de Gestión de 2003 establecieron sus compromisos respecto a la gestión de la calidad en torno a estos elementos y en línea con 3 grandes objetivos: 1) pro-

Fig. 3. El sistema de calidad del SALUD. Elementos.



proporcionar un marco de referencia, este grupo de objetivos tiene que ver con los elementos guía del sistema; 2) garantizar una estructura suficiente, en relación con los elementos que aportan recursos al sistema, y 3) mejorar el SALUD, en relación con las líneas de intervención del sistema.

En 2004 estos objetivos se han desagregado, tal y como se presenta a continuación:

A) Mantener y desarrollar un marco de referencia sobre calidad en el SALUD:

- Consolidar el uso del Modelo EFQM como herramienta de evaluación y mejora del SALUD.
- Introducir sistemas de garantía de la calidad en los procesos del SALUD junto con la utilización complementaria de estándares de referencia.
- Afianzar el liderazgo de los "equipos directivos" del SALUD en la gestión y mejora de la calidad.

B) Garantizar una estructura suficiente para el sistema de calidad en el SALUD:

- Reforzar y facilitar el papel de las unidades de calidad y sus coordinadores.
- Aumentar la creación y participación de grupos impulsores de la calidad.
- Asegurar el funcionamiento del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el SALUD.

C) Mejorar el SALUD desde la perspectiva de sus pacientes y clientes, ofreciendo un servicio mejor:

- Aumentar los beneficios de la atención.
- Disminuir los riesgos de la atención.
- Garantizar los derechos y la satisfacción de los usuarios.

D) Mejorar el SALUD desde la perspectiva de sus personas, facilitando y promoviendo el desarrollo de todo su potencial:

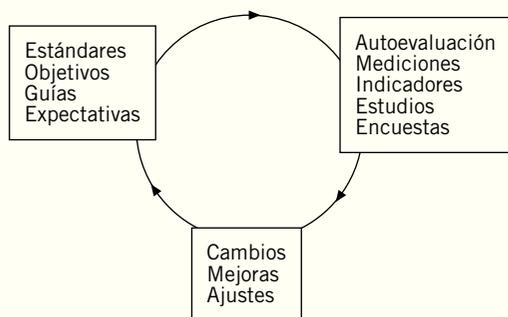
- Mejorar las habilidades y conocimientos.
- Motivar e implicar a los profesionales.

E) Mejorar el SALUD desde la perspectiva de sus procesos, optimizando su gestión:

- Garantizar los recursos necesarios.
- Proporcionar una atención más eficiente.
- Mejorar la organización.

Estos objetivos son evidentemente de carácter general y constituyen 14 áreas de actuación que se concretan con una batería de indicadores cuyos estándares son los objetivos de carácter específico, algunos de los cuales tienen que ver con actuaciones de los equipos de atención primaria o los servicios o unidades de los hospitales y otros con intervenciones de las gerencias y direcciones.

Figura 4. El sistema de calidad del SALUD. Ciclo de mejora.



Modificada de Shaw y Kalo³.

El sistema de calidad genera una “espiral de mejora”³: como consecuencia de un análisis de situación se planifica una serie de objetivos, se llevan a cabo unos proyectos para conseguirlos, que son evaluados y revisados si es necesario, y se mantiene una monitorización de los resultados que lleva a la planificación de nuevas metas (fig. 4).

Herramientas utilizadas

Métodos “externos”

El Modelo Europeo de Excelencia EFQM es un elemento fundamental del sistema de calidad en el SALUD y su importancia en él va a aumentar progresivamente. En 2003 se formó a otras 40 personas como “evaluadores internos” y la mayoría de los hospitales han hecho una autoevaluación mientras que las direcciones de atención primaria lo harán antes de acabar el primer trimestre de este año, junto con algunos equipos de atención primaria. En 2004, los Contratos de Gestión han generalizado el compromiso de utilizar el Modelo EFQM, llevándolo también a los ámbitos de salud mental y atención sociosanitaria.

El uso del modelo genera una “foto” de la organización que identifica sus puntos fuertes y las áreas de mejora respecto a los criterios y subcriterios del modelo. Como consecuencia, se desarrollan unos proyectos de mejora cuyos resultados deberán monitorizarse. Por tanto, es una pieza clave en la “espiral de mejora” a la que hacíamos referencia antes.

La elección del modelo europeo como marco para evaluar los progresos del SALUD no sólo es compatible, sino que además se complementa con el uso de métodos que ayudan a garantizar la calidad de los procesos de la organización. En este sentido, en el SALUD se está analizando la conveniencia de que algunos de sus servicios utilicen normas ISO⁴ para certificar su sistema de gestión de calidad (ISO 9000), o los de gestión medioambiental (ISO 14000), o para acreditar la calidad de sus laboratorios (ISO 15189). El uso de normas ISO ya está siendo valorado en diversos hospitales de nuestra Comunidad Autónoma, pero la apuesta más decidida en este campo corresponde al Servicio de Urgencias y Emergencias “061 Aragón”, que está preparando su certificación con rela-

ción a la norma ISO 9001 y para la totalidad de su ámbito de actuación.

Desde 2002, en los Contratos de Gestión del SALUD para atención especializada se han introducido algunos estándares de la Joint Commission International (JCI)⁵. Su uso es complementario con la autoevaluación EFQM y los estándares JCI encajan perfectamente en los criterios del modelo europeo. Al estar diseñados específicamente para el sector sanitario, su utilización se ve facilitada al referirse cada estándar a algún aspecto concreto de la organización de los servicios o de la atención prestada a los pacientes.

Métodos “internos”

En Aragón, los Contratos de Gestión están siendo un instrumento fundamental para “desplegar” la estrategia del Departamento de Salud y Consumo hacia el SALUD, desde éste a sus gerencias de sector y desde éstas a los distintos equipos de atención primaria así como unidades y servicios de los hospitales, salud mental y atención sociosanitaria.

Los Contratos de Gestión han intentado transmitir, entre otros aspectos, el compromiso de la dirección del SALUD con la mejora de la calidad. Prácticamente la totalidad de lo que se relata en este manuscrito está presente en los Contratos de Gestión, desde la apuesta por el modelo europeo al desarrollo de grupos impulsores de la calidad. Los contratos intentan transmitir de un nivel a otro la necesidad de que el liderazgo en la gestión y mejora de la calidad es responsabilidad del correspondiente equipo directivo. Además, los contratos asignan a los aspectos relacionados con la gestión y mejora de la calidad un papel en el reparto de incentivos, en los centros en los que éstos existen.

Los grupos de mejora o grupos impulsores de la calidad son los que realmente “hacen” la mejora de la calidad. Si bien el modelo europeo da un marco de organización y evaluación, los grupos de mejora garantizan que se desarrollen proyectos e iniciativas para introducir cambios y ajustes. El sistema de calidad en el SALUD intenta promover la aparición y consolidación de estos grupos en sus diversos ámbitos y contextos: clínicos, administrativos, etc. Los Contratos de Gestión del SALUD establecen en este sentido el compromiso de las diversas direcciones para que fomenten la realización de proyectos de mejora de la calidad por parte de grupos de personas en los equipos de atención primaria y en las unidades o servicios de los centros de los distintos niveles asistenciales.

Muchos de los grupos de mejora podrán recibir un soporte específico a través del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el SALUD. Desde el año 2000, el número de proyectos incluidos en el Programa ha ido aumentando y en 2003 fueron ya 55. En otra parte de este texto se ha descrito la misión y el funcionamiento del Programa de Apoyo, sin embargo hay que hacer hincapié aquí en el papel dinamizador que ha desarrollado entre los profesionales del SALUD. En este sentido, el Programa va a seguir siendo una herramienta importante del sistema de calidad y tiene por delante el reto de abrir nuevos campos de actuación e impulsar el aprendizaje y la innovación en

los métodos de gestión y mejora de la calidad en nuestra comunidad.

En el SALUD, la gestión y mejora de la calidad no dependen de un departamento específico. El liderazgo en este campo recae, por consiguiente, de forma directa en sus equipos directivos con el apoyo metodológico del coordinador de calidad y otros técnicos. Aunque esta situación va en línea con los principios de "calidad total", es necesario contar con una cierta estructura organizativa que impulse y sirva de soporte y estímulo a los grupos y las actividades de mejora de la calidad en el SALUD. Este papel es el que tienen que desempeñar las unidades de calidad y sus coordinadores. Los Contratos de Gestión han ido estableciendo progresivamente mayores compromisos en este aspecto aunque, en general, las unidades de calidad en las diversas direcciones del SALUD tienen todavía una composición exigua y sus miembros no pueden desarrollar una dedicación suficiente al desarrollar simultáneamente otras funciones que pueden ser tanto clínicas como administrativas. La situación actual se manifiesta en los Contratos de Gestión de 2004 que establecen el compromiso de que el coordinador de cada unidad consiga una dedicación de al menos un escaso 20% de su jornada laboral.

En cualquier caso, las unidades de calidad y los coordinadores tienen en el sistema de calidad un papel clave que debe todavía desarrollarse más y adquirir, con los medios adecuados, mayor protagonismo en aspectos como la formación de los demás profesionales y el apoyo metodológico en lo relativo a la mejora de la calidad tanto de cara a dichos profesionales como a los equipos directivos.

Perspectivas: oportunidades de mejora

El sistema de calidad en el SALUD todavía debe afianzarse para cumplir mejor su misión y garantizar, por consiguiente, que el SALUD dé respuesta a las expectativas de sus grupos de interés, ajustándose en definitiva a los 3 grandes objetivos que propuso la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1983⁶ para los programas de garantía de calidad de los países europeos miembros: proporcionar evidencias objetivas de que los presupuestos se están empleando tanto eficiente como eficazmente; servir como una herramienta de gestión para la resolución de los problemas, y facilitar la innovación en los servicios de salud.

El sistema de calidad tiene la aspiración de que en todos los ámbitos de actuación del SALUD se generalice la "costumbre" de la evaluación y la mejora continua como una actitud cotidiana en las labores clínicas y administrativas. Otra meta de carácter general consiste en hacer realidad la expresión de que el paciente, usuario o cliente es el centro de nuestra atención; quizás empieza a ser tiempo de dejar de decirlo y poder presentar resultados que avalen esos deseos.

Con relación a las áreas de actuación que hemos presentado anteriormente, vamos a destacar ahora algunas de las oportunidades de mejora que definen nuestras perspectivas de futuro a corto y medio plazo.

Con relación al mantenimiento de un marco de referencia sobre calidad en el SALUD

La autoevaluación según el Modelo de Excelencia de la EFQM debe convertirse en una herramienta fundamental para todas las organizaciones del SALUD. Hoy por hoy, esa autoevaluación todavía no integra en muchos casos toda la información que se considera clave por las direcciones ni supone para ellas la principal herramienta de evaluación y mejora de su gestión.

Progresivamente, en el SALUD tenemos que introducir la utilización de métodos de aseguramiento de la calidad de algunos de nuestros servicios mediante el uso de normas ISO. Además del caso de la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias "O61 Aragón", hay que trabajar este aspecto en nuestros laboratorios, en algunos ámbitos no clínicos y en contenidos medioambientales. Por otra parte, hay que valorar la oportunidad de utilizar sistemas de acreditación.

Con relación a la estructura del sistema de calidad

Las unidades de calidad de los distintos centros y direcciones del SALUD tienen, en algún caso, que constituirse y, en la mayoría, adecuar su composición al estándar seleccionado. La dedicación de al menos el coordinador de cada unidad debe aumentar progresivamente cada año para alcanzar asimismo el estándar apropiado.

Desde las direcciones del SALUD hay que facilitar y promover el trabajo de "grupos impulsores de la calidad" en los equipos de atención primaria, en los hospitales y en los demás centros, así como en las estructuras administrativas y de gestión. En este sentido, el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad tiene que reforzar su papel.

Con relación a la mejora del SALUD desde la perspectiva de nuestros pacientes y clientes

Es necesario seguir avanzando en fomentar la adaptación, utilización y mejora de herramientas como guías de práctica clínica y vías clínicas realizadas con los criterios de la medicina basada en la evidencia

Hay que introducir o, en su caso, mejorar procedimientos para prevenir accidentes y efectos adversos para los pacientes como consecuencia de nuestras actuaciones. El SALUD colaborará activamente con las iniciativas que en este sentido se generen en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

Tiene que convertirse en cotidiano y necesario el hecho de recoger la "voz de nuestros pacientes y clientes" para conocer sus expectativas y su opinión y aplicar ambas en la toma de decisiones. Durante 2003 en el SALUD se recuperó la realización de la encuesta de satisfacción en atención primaria. En 2004 se va a hacer lo propio en otros ámbitos de atención.

Con relación a la mejora del SALUD desde la perspectiva de las personas que desarrollan en él su trabajo

Cada vez es más necesario encontrar herramientas y desarrollar actuaciones que sirvan de motivación a todos los

profesionales del SALUD. Durante 2003 se realizó en el ámbito de la atención primaria y de nuestros servicios centrales una encuesta de opinión que sirviera de base para elaborar un plan de comunicación. La encuesta contenía también aspectos relacionados con el clima laboral y la satisfacción con el trabajo realizado. En 2004-2005 hay que establecer un procedimiento para conocer regularmente la "voz de las personas" que trabajan en el SALUD, conocer sus expectativas y aplicarlas en la toma de decisiones: son los "clientes internos" del SALUD.

Con relación a la mejora del SALUD desde la perspectiva de sus procesos

Es necesario introducir o, en su caso, mejorar sistemas de mejora de la calidad en lo referente a cuestiones de mantenimiento y adquisición de materiales, equipamientos y tecnología.

En 2004-2005 hay que comenzar a introducir la gestión "de" y "por" procesos en SALUD.

En 2004, el sistema de calidad tiene que disponer de un cuadro de mando que pueda: 1) monitorizar los progresos

Tabla 3. Características de los programas sobre calidad que tienen éxito

La dirección está obsesionada con la calidad
Existe un sistema orientador o ideología
La calidad se mide
La calidad se incentiva
Todo el mundo conoce técnicas para evaluar la calidad
Hay equipos multidisciplinares
Lo "pequeño" es de mucho valor
Existe un estímulo permanente
Hay una estructura organizativa dedicada a la mejora de la calidad
Todo el mundo interviene
Cuando la calidad se incrementa, los costes disminuyen
La mejora de la calidad es un viaje sin término

Tomada de Peters⁷.

del SALUD; 2) posibilitar la comparación con otras organizaciones semejantes en el Sistema Nacional de Salud y en otros países de nuestro entorno, y 3) facilitar la realización de acciones de *benchmarking*.

Para finalizar, seguro que es interesante repasar rápidamente algunas de las características que Peters⁷ asigna a los programas de mejora de la calidad que tienen éxito, y que se muestran en la tabla 3.

Nota final

El contenido de este manuscrito forma parte del documento "El Sistema de Calidad del Servicio Aragonés de Salud. Plan de Actuación 2004-2006", que se encuentra en una avanzada fase de elaboración en el momento en que se escriben estas líneas, en el mes de marzo de 2004.

Bibliografía

1. European Foundation for Quality Management. Bruselas: Representative Office [consultado el 1 de marzo de 2004]. Disponible en: <http://www.efqm.org>
2. Orden de 26 de mayo de 2000, del Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, por la que se establece el programa de apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad en los equipos de atención primaria de la comunidad.
3. Shaw CD, Kalo I. A background for national quality policies in health systems. Copenhagen: WHO, 2002.
4. International Organization for Standardization. Geneva: Central Secretariat [consultado el 1 de marzo de 2004]. Disponible en: <http://www.iso.ch>
5. Joint Commission International. Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources [consultado el 1 de marzo de 2004]. Disponible en: <http://www.jcaho.org/>; <http://www.jcinc.com/international.asp?durki=8>
6. OMS. The Principles of Quality Assurance. EURO Reports and Studies 94. Barcelona, 17-19 May 1983.
7. Peters T. Thriving on chaos: handbook for management revolution. New York: Harper & Row, 1987; p. 85-98.