
El Sistema Nacional de Salud en el siglo XXI. La gestión de la calidad en la provisión de Servicios Sanitarios

Ignacio Arbusa, Laura Alfaro y Juan José Zamora

Departamento de Calidad de Capiro Sanidad, S.L.

Introducción

El presente documento pretende exponer una serie de reflexiones sobre la calidad y su gestión. Dichas reflexiones han tenido su origen en el propio desarrollo del modelo de gestión de calidad en el Grupo Sanitario IDC-Capio, y en la experiencia obtenida en su despliegue en el conjunto de centros integrados en el mismo. Son propuestas y respuestas que nos han ayudado a construir el pequeño cuerpo doctrinal en el que se encuentra sentido a nuestra labor.

¿Calidad?

Es relativamente fácil encontrar múltiples definiciones de “calidad”, y por ello no vamos a hastiar al lector con la inclusión de éstas en el presente documento. Sin embargo, debo confesar que las mencionadas definiciones no me producen

el efecto emocional de aquello que en realidad representa “calidad”, y tampoco me resuelven el “por qué”. Estamos realmente en un momento de madurez en el Sistema, en el que la calidad es un componente estratégico para las instituciones sanitarias. ¿Es que estamos siguiendo una moda importada?

Frente a algunas de estas cuestiones proponemos un principio *quasi* filosófico que se fundamenta en las siguientes premisas:

- La calidad es un valor. Añadimos valor a un producto o servicio cuando lo mejoramos.

- La calidad es una variable continua. Todo lo que hacemos o producimos tiene un determinado nivel de calidad, poca o mucha lo dicta el patrón según el cual comparemos.

- Siempre existen oportunidades para mejorar lo que hacemos o produci-

mos. La “calidad total”, entendida como “calidad absoluta” no existe. Esa es una cualidad que se escapa al ser humano, reservándola únicamente a la divinidad.

Según lo anteriormente expresado, añadir valor, mejorar, es una exigencia ética individual y organizacional. Tanto en lo personal como en lo profesional, las personas tenemos el deber ético de intentar hacer las cosas de la mejor manera posible. Asimismo, las organizaciones también tienen el deber, irrenunciable, de intentar mejorar. Dicho de otra manera, podríamos afirmar que nadie tiene derecho a no intentar hacer las cosas mejor.

La enunciación y asunción del anteriormente expresado principio es el mejor argumento que justifica el “por qué” del impulso hacia la mejora, y por ende, adecuadamente comunicado, de fácil adhesión por parte de los miembros de cualquier organización. Muy pocas personas pueden mantener, y aún menos argumentar, posiciones en contra del deber de intentar mejorar. Podríamos decir que el mensaje contenido en el principio de “mejorar es un deber” formaría parte del adoctrinamiento del personal, bastante más allá del concepto de formación del mismo.

Hay aún quien defiende la máxima de que calidad es “hacerlo bien a la primera”. Esa afirmación tiene su fundamento

en el reconocimiento del umbral de suficiencia, a partir del cual consideraremos que “lo hacemos bien”. Ese concepto, en mi opinión, entorpece el proceso de mejora ya que, cubiertos unos mínimos, calidad es “hacerlo cada vez mejor”, elevando el umbral de suficiencia a medida que alcanzamos el anterior.

Quizás también podemos establecer nuevos consensos alrededor del concepto de calidad:

- Calidad es un valor, ya lo hemos dicho, y los valores son intrínsecamente humanos (ya que somos los humanos quienes reconocemos el valor a las cosas) a los servicios y a las propias personas.
- Además, es un valor íntimamente ligado al derecho fundamental a la salud. Tenemos derecho a una salud “mejorante”, tenemos derecho a una salud de calidad.

• Como concepto, y tal como se apuntaba al inicio, la calidad es un concepto gradativo e infinito. Nunca alcanzaremos la calidad total, ya que ésta siempre será superable, aunque lo perciba subjetivamente el propio receptor del servicio. En la medida que nos aproximemos a un estándar considerado excelente, aparecerá un nuevo estándar al que acceder. A veces uno piensa en la persecución de la zanahoria por el asno.

- La calidad, reconocida por los principales autores, es un concepto multidimensional y por tanto con diferentes líneas de actuación para posibilitar la mejora.

- La calidad es, asimismo, parcialmente objetivable. No disponemos del instrumento absoluto de medida de calidad. No existe el “calidámetro”, sino más bien elementos de medida de algunas de las dimensiones de la calidad.

Existe un amplio consenso en identificar como dimensiones de la calidad las siguientes:

- Efectividad.
- Eficiencia.
- Equidad.
- Adecuación.
- Accesibilidad.
- Puntualidad.
- Satisfacción.
- Seguridad.
- Respeto.

No pretendemos cansar al lector con las explicaciones definitorias de cada uno de los anteriores conceptos, sino más bien reseñar que para nosotros significan una guía para el reconocimiento de ámbitos en los que se puede mejorar.

Sin embargo, para poder desplegar el deseo de la organización en mejorar son necesarios unos requisitos importantes. Vamos a analizar aquellos que hemos considerado especialmente críticos:

Política: La organización debe establecer, explicitar y comunicar interna y externamente, cuál es su política referida a la calidad. Con respecto a los diferentes tipos de clientes, incluyendo al cliente interno, a proveedores, *stake holders*, etc. El reconocimiento de dichas políticas marca el eje de actuación de la organización, y por ello obliga al despliegue operativo de acciones concretas que tiendan a cubrir las necesidades y expectativas de clientes y usuarios. La Norma ISO 9001-2000 exige que entre las políticas de calidad se incluya la del respeto y cumplimiento de la legislación y normativa aplicable.

Implicación: Los procesos de mejora precisan de la participación activa de aquellos que los van a planificar, ejecutar y evaluar. Para ellos se necesita la predisposición a favorecer la mejora, desde el punto de vista genérico, del conjunto de la organización y desde el concreto, del proceso específico objeto de análisis. Conseguir la implicación de las personas depende directamente de las capacidades de liderazgo y del clima interno existente. Se precisa un cierto grado de aquiescencia voluntaria de las personas de la organización, ya que aunque se reconozca el deber ético a la mejora su despliegue no se halla contemplado en las descripciones de puesto, y por tanto es de exigibilidad interpretable.

Compromiso: Más allá de la anteriormente mencionada implicación, las organizaciones precisan (de hecho todas ellas disponen) personas comprometidas con el propio proyecto institucional, y por tanto motores auténticos del cambio y de la progresión hacia la mejora. El primer colectivo obligado a explicitar su grado de compromiso es la propia dirección, factor indispensable para que las propuestas de mejora puedan llevarse a cabo. Pero, por otro lado, seguro que encontraremos en nuestras organizaciones líderes naturales con capacidad para sumarse a un proyecto cuyo objetivo no es otro que el de avanzar en el camino de la excelencia.

Credibilidad: Establecemos como requisitos la implicación y el compromiso y ello sólo es posible si el proyecto para el que estamos solicitando la participación de las personas que integran la organización es creíble, si sus impulsores son los primeros en mostrar su propio entusiasmo y si los primeros resultados conducen a la conclusión de que el esfuerzo es efectivo.

Alineamiento: En nuestra opinión una de las grandes ventajas y al mismo tiempo uno de los requisitos más necesarios, en cuanto a calidad se refiere, es la dirección que toma la organización hacia un objetivo común, fácilmente asumido y

aceptado por todos sus miembros. Si hemos conseguido hacer llegar el mensaje de la “exigencia ética” de intentar hacer las cosas mejor, todos van a aceptar un proceso estructurado cuyo objetivo fundamental sea la mejora. Quizás vamos a encontrar reticencias procedimentales o metodológicas, pero no de enfoque estratégico. Nuestra experiencia, en el esfuerzo de preparación para la obtención de la Acreditación FAD, *Joint Commission* para el Hospital General de Catalunya y en el año 1998, es un magnífico ejemplo de cómo una organización al completo (el 98 % de los trabajadores manifestaron haber contribuido de alguna forma activa en la consecución de la mencionada acreditación) identificaron y compartieron el objetivo común, propuesto desde la Dirección y secundado por la totalidad de los estamentos y unidades funcionales, desembocando el esfuerzo realizado, en un legítimo sentimiento de satisfacción, orgullo y pertenencia, una vez conseguido el reto planteado. Desde entonces y con un grado de exigencia colectiva inferior (lo fundamental ya se había conseguido) se obtuvo la primera reacreditación en el año 2002 y actualmente se halla en proceso de preparación para la segunda reacreditación.

Método: La mejora de la calidad es un objetivo que precisa la aplicación de un proceso de gestión, adecuadamente

estructurado y ordenado, que permita planificar su ejecución, apoyar su despliegue, objetivar el progreso y realimentar el ciclo para mantener permanentemente el esfuerzo de mejora (ciclo PDCA, [P: Plan, D: Do, C: Check, A: Act]). Este proceso de gestión de la calidad precisa utilizar instrumentos metodológicos específicos para cada una de sus fases. Instrumentos para la identificación de problemas, para la priorización, para el análisis de causas, para la planificación, para la revisión de resultados, etc. Esta metodología debe ser conocida por los participantes en los procesos de mejora, por los gestores de proceso, etc.

Formación: Vinculada al punto anterior la formación en conceptos de gestión de la calidad, de la seguridad clínica, de metodología estadística, de gestión de grupos, de prevención de la infección, etc., es un aspecto fundamental del desarrollo de cualquier programa integral de calidad.

Objetivo: Debe poder concretarse la política de la organización respecto a la calidad en objetivos específicos de mejora, objetivos para los que debe poder establecerse la responsabilidad de ejecución, el *timing* previsto para la misma, la metodología de evaluación, el objetivo cuantificado perseguido y los recursos necesarios para su consecución.

Finalmente convendremos que la gestión de la calidad, en cualquier sector, pero muy especialmente en el sanitario, penetra directamente en el ámbito de la gestión de las personas, con las que y de las que podremos obtener y sustentar el real progreso hacia la excelencia. Ello hace que las claves fundamentales de éxito giren en torno a los aspectos vinculados con la motivación y desarrollo personal/profesional de los miembros de nuestra organización.

Así pues, destacaríamos como factores clave:

1. Método y formación de los que ya hemos tratado con anterioridad.

2. Voluntad. Expresión inequívoca de la intención de desarrollar una política participativa de mejora. Son los líderes quienes deben manifestar con palabras y hechos esa voluntad manifiesta, y emanarla en cuantas ocasiones dispongan a una organización formada y adoctrinada.

3. Talante. La mejora difícilmente se impone, ya que el impulso a la mejora precisa de un proceso previo de convencimiento y de oferta a la participación que requiere por parte del receptor del mensaje un cierto grado de aquiescencia voluntaria a la propuesta. Por ello, la aproximación a los actores de la mejora debe realizarse a través de un clima de

confianza mutua, de deseo de aprendizaje y de participación activa multidireccional.

4. Perseverancia. Ni todas las organizaciones, ni todas las unidades funcionales que las integran se hallan en idéntico momento de maduración, ni de receptividad de los mensajes y metodologías para la mejora. Debe considerarse, pues, la necesidad de adaptarse a diferentes velocidades de ciclo de maduración, y por lo tanto mantener la orientación de la progresión hacia la mejora, aun cuando, en ocasiones, se pueda tener la impresión de fracasar o de invertir un alto esfuerzo con una escasa rentabilidad efectiva.

Modelo de Gestión Corporativa de la Calidad

Capio Sanidad es la unidad de negocio del grupo internacional Capio en España. Lo conforman 25 centros sanitarios entre hospitales, centros de atención especializada y centros sociosanitarios. Trabajan en el Grupo 4.100 personas y su facturación consolidada es superior a los 300 millones de euros anuales. Dispone de más de 1.500 camas, habiendo atendido durante el año 2004 más de 60.000 procesos de hospitalización, 210.000 urgencias, 598.000 visitas en la CCEE y rea-

lizando más de 55.000 intervenciones quirúrgicas.

Capio Sanidad opera en cinco Comunidades Autónomas del Estado español (Madrid, Cataluña, Castilla La Mancha, Murcia y Extremadura).

Desde 1998 la Dirección Corporativa del Grupo Sanitario IDC, empresa actualmente integrada en Capio Internacional, inició un despliegue conjunto de su política de calidad, dirigido principalmente a la consecución de Certificaciones ISO en sus centros hospitalarios. A partir del año 2001 se constituye la Dirección Corporativa de Calidad bajo la dependencia de la Presidencia Corporativa y con la misión de desarrollar un modelo efectivo de mejora continua de la calidad.

Desde entonces se ha definido y desarrollado un modelo específico y homogéneo de gestión de la calidad para todos los dispositivos asistenciales del Grupo y se halla en proceso de implantación en cada uno de ellos. Se han creado estructuras organizativas multidisciplinarias en cada centro y en la estructura central corporativa, cuyo objetivo fundamental es el de coordinar las acciones de mejora en cada uno de sus ámbitos de competencia.

Se han certificado 10 centros sanitarios del Grupo a través de la Norma Europea ISO 9001-2000 y se ha reacreditado el

Hospital General de Cataluña a través de FAD-Joint Commission, siendo este hospital el primero en Europa en conseguir dicho prestigioso reconocimiento.

En el presente documento, y a continuación, vamos a intentar explicitar los elementos fundamentales que sustentan el modelo de gestión de calidad de nuestro Grupo, así como el resultado y valoración de nuestra experiencia hasta el momento actual.

Política de calidad

La política de calidad de Capio Sanidad se centra en los siguientes ejes:

- Actuar para la mejora del estado de salud de los pacientes, procurando cubrir sus necesidades y expectativas aplicando una asistencia efectiva, segura y eficiente, observando al paciente como un todo multidimensional y en el estricto respeto de su dignidad personal.

- Establecer una sistemática de planificación, actuación, evaluación y revisión de la calidad, válida para el conjunto del Grupo.

- Impulsar la mejora cualitativa, de forma continua y sostenida, en todos los centros y para todos los ámbitos. Ello implica el desarrollo de una sistemática de gestión por procesos.

- Actuar bajo el precepto fundamental del respeto y cumplimiento de las

normativas y requisitos legales que le afectan.

- Dirigir la Organización hacia un objetivo común, de fácil adhesión por todos los profesionales que trabajan en el Grupo e impulsando la corresponsabilidad en el proceso de mejora.

- Establecer una sistemática de medición que permita evaluar la consecución de los objetivos de calidad y la comparativa interna y externa.

- Obtener la verificación externa de los niveles de calidad conseguidos.

- Prestigiar al Grupo, diferenciándolo por la calidad de sus servicios.

- Favorecer la motivación del personal.

- Mejorar la eficiencia.

El despliegue del objetivo estratégico corporativo de impulsar la mejora homogénea y sostenible de la calidad en el Grupo, se concreta en los siguientes objetivos estratégicos:

a) Promover el cambio cultural hacia la mejora.

b) Aportar mayor seguridad al usuario en cualquier situación de riesgo potencial.

c) Reducir la variabilidad.

Criterios del modelo

Para desarrollar y conseguir implementar dichos objetivos se decidió, en el año 2001, diseñar un modelo de calidad, de

amplio alcance, válido para todos los centros y compatible con las exigencias de las Administraciones sanitarias de cualquiera de los territorios en los que el Grupo opera o pueda hacerlo. El modelo debería, pues, responder a los siguientes criterios:

- El enfoque del modelo debe ser holístico, contemplando la organización como un todo interrelacionado.
- Potenciar la gestión por procesos.
- Permitir la aplicación en todos los centros.
- Permitir la comparación interna y externa.
- Adaptarse a cualquier modelo de verificación externa.
- Promover la mejora continua.
- Sustentarse en la objetivación del progreso.
- Admitir la variabilidad entre centros.
- Buscar y promover la implicación de todos los estamentos y colectivos.

Claves del modelo

El modelo desarrollado se apoya en algunos elementos críticos que cabe considerar como “claves”. Éstos han sido:

Estructura Organizativa para la gestión de calidad

Como anteriormente se ha citado, la dirección de calidad depende de la pre-

sidencia corporativa para España, lo cual, ya de por sí, es un signo de la relevancia que para la dirección corporativa tiene la mejora continua.

En la estructura central corporativa se ha creado un grupo al que hemos venido a llamar núcleo central de calidad (NCC), liderado por la dirección de calidad y constituido por un equipo de técnicos de calidad de diferentes procedencias profesionales. Las funciones fundamentales de dicho NCC son las de establecer e impulsar líneas comunes de acción, en todos los Centros, bajo una uniforme utilización de instrumentos para la mejora, el análisis situacional y los mecanismos de control y coordinación.

El NCC es y se considera un elemento tecnoestructural, siendo su capacidad ejecutiva la delegada directamente por la presidencia y actuando principalmente como apoyo de las diferentes unidades productivas que constituyen el Grupo.

Desde el NCC se ha definido un Manual de Calidad, común para todos los Centros y en el que se desarrollan determinados procedimientos que permiten homogeneizar cómo se actúa en el ámbito de la gestión de calidad. (Procedimiento de auditoración interna, de evaluación de la opinión de los clientes, de rea-

lización, modificación y actualización de los procedimientos, de revisión del sistema de gestión de la calidad, del control y distribución de registros, etc.). Este manual incluye todos los requisitos actuales establecidos por la Norma Europea ISO 9001-2000.

Paralelamente, en cada centro se ha constituido el núcleo promotor de calidad, formado igualmente por profesionales de diferentes ámbitos y en el que participa activamente la propia dirección del centro. Sus funciones principales son las de establecer las prioridades de actuación, la formulación del Plan de calidad anual, realizar su seguimiento y coordinar todas las acciones de mejora que en cada proceso se lleven a cabo.

Mapa de procesos

Las acciones de mejora se realizan en el seno de una estructura de funcionamiento de los centros fundamentada en la gestión de procesos. A partir de una definición genérica del Mapa de Procesos, cada centro lo adapta a sus especiales características. Los procesos se hallan jerarquizados en:

1. Procesos estratégicos.
2. Procesos clave.
3. Procesos de soporte a la asistencia.
4. Procesos de soporte no asistencial.

En la figura 1 se presenta gráficamente el despliegue del mapa genérico de procesos de los centros de hospitalización aguda, existiendo otro para los centros sociosanitarios.

Sistema de Información homogéneo y consistente

En Capio Sanidad existe un sistema informático corporativo integral e integrado, en el que las funciones administrativas, logísticas, económicas y clínicas se hallan desarrolladas e implantadas en los centros hospitalarios. Dotarse de un sistema de información que permita la comparación simultánea y en tiempo real de la actividad es fundamental cuando de gestionar una corporación se trata. En la figura 2 se presenta la estructura y relaciones del sistema de información corporativo.

Instrumentos de evaluación

El modelo de gestión de la calidad en Capio Sanidad utiliza básicamente tres instrumentos de evaluación periódica de calidad:

- a) Autoevaluación EFQM: anualmente cada centro hospitalario realiza un proceso de diagnóstico para el que utiliza un instrumento, desarrollado por Inter-salus, SA, y que estructurado según el modelo del *European Foundation for Quality Management* (EFQM) se despliega,

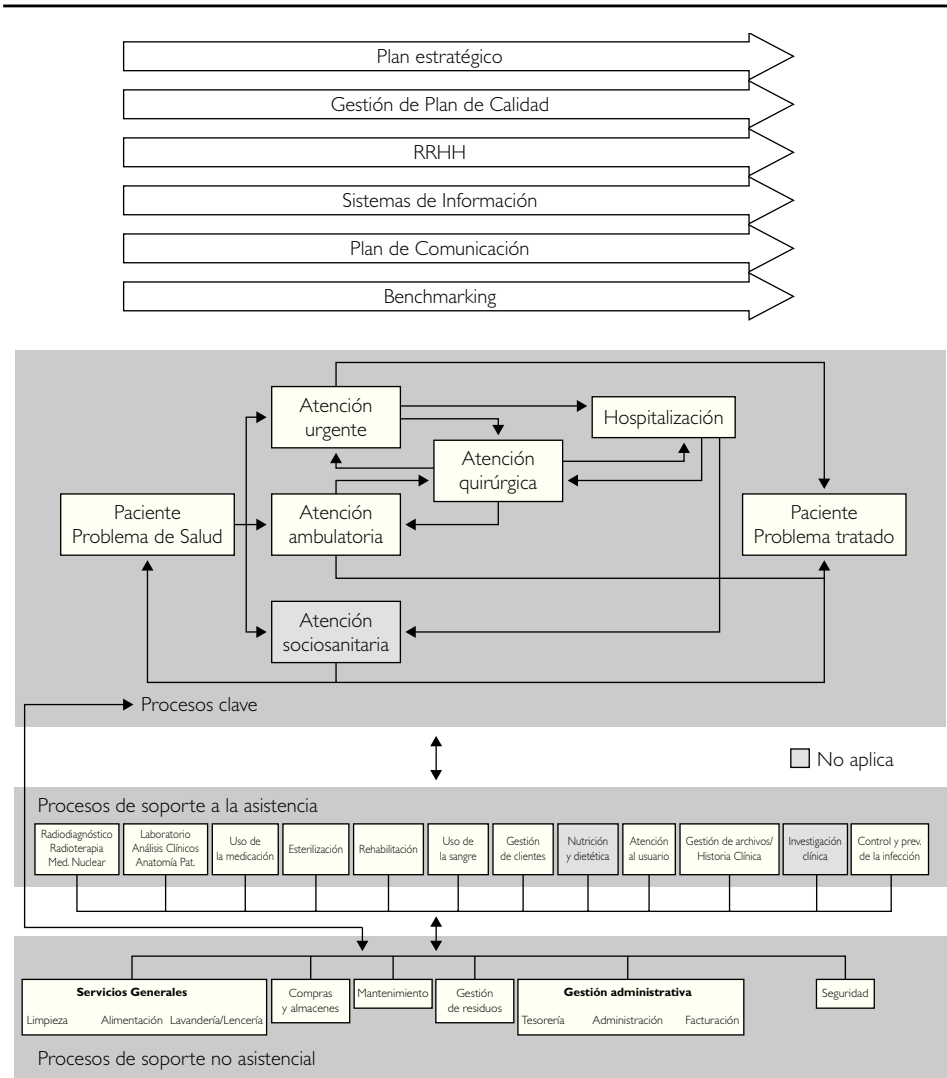


Figura 1. Mapa genérico de procesos de los centros de hospitalización aguda.

para cada criterio y subcriterio, en estándares específicos del sector hospitalario, hasta evaluarse un total de 1.500 ítems. Los resultados obtenidos son comparti-

dos por todos los centros y de extraordinaria utilidad para identificar oportunidades de mejora para la formulación del Plan de Calidad.

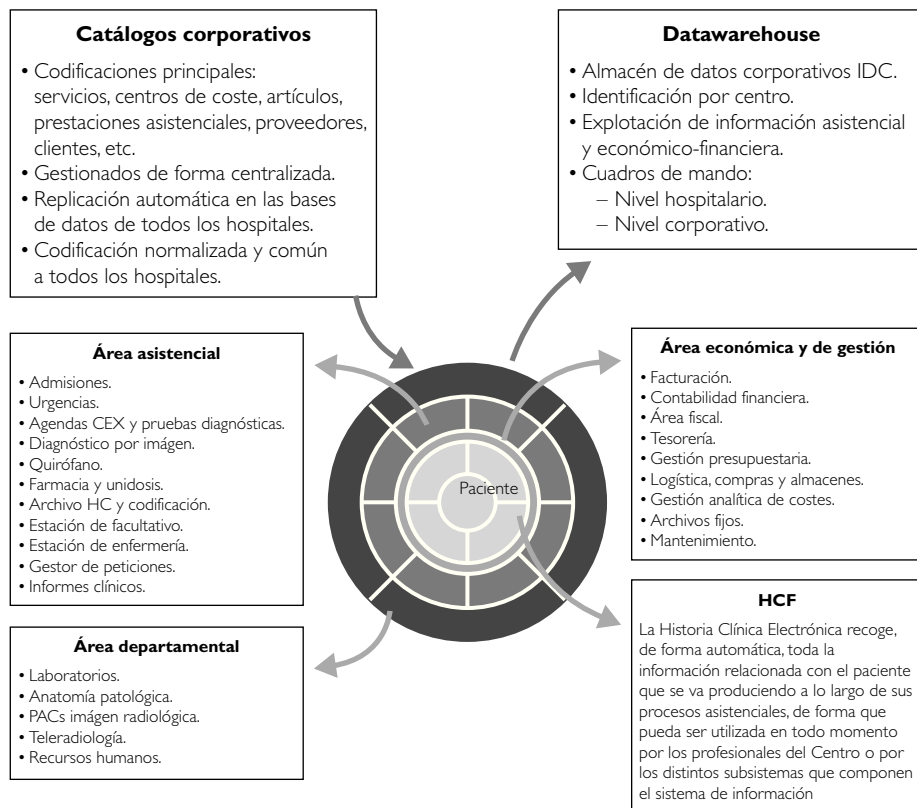


Figura 2. Estructura y relaciones del sistema de información corporativo.

b) Auditoria Interna: igualmente, con carácter anual, los miembros autorizados del NCC realizan, en cada centro, una auditoría interna de calidad en la que se revisan de forma estructurada los avances del despliegue del sistema de gestión de la calidad en cada uno de ellos. De estas auditorias se desprenden algunas “no conformidades” u oportuni-

dades de mejora que deben ser abordadas con carácter prioritario en el centro auditado. La gestión de las auditorias está establecida en un procedimiento específico contenido en el Manual de Calidad corporativo.

c) Auditorias externas: únicamente se realizan en los centros que han obtenido alguna de las certificaciones o acredi-

taciones externas. Así pues, con carácter trianual, se realiza una auditoria de recertificación en los centros con ISO 9001-2000, y una auditoria de seguimiento anual entre certificaciones. En el caso del Hospital General de Cataluña la reacreditación de *Joint Commission* se realiza en períodos trianuales. La política de calidad en Capiro Sanidad aboga por obtener evaluaciones externas de calidad en todos los Centros del Grupo, situación que probablemente se conseguirá a finales del presente año.

Indicadores básicos

El sistema de gestión de la calidad implantado en Capiro Sanidad, incorpora una sistemática de registros de indicadores de calidad, considerados básicos, al afectar a la totalidad de centros, en los que, habiendo previamente definido exhaustivamente su contenido y concreción, se captan periódicamente. En los centros de agudos los indicadores básicos son 75 y se hallan estructurados por procesos. En los centros sociosanitarios son 47. Un 30% de los indicadores básicos se hallan integrados en el sistema de información, y por lo tanto son de captación automática, permitiendo su gestión continua y establecer márgenes de tolerancia, que una vez superados se avisa a la lista de distribución preestablecida

para su interpretación, o bien para iniciar medidas correctoras.

En la tabla 1 se incluye un ejemplo del listado de indicadores básicos utilizados.

Plan de calidad

El instrumento básico para la gestión de la calidad es el Plan de calidad que cada centro establece para el año siguiente. En él se concreta el conjunto de acciones que cada propietario de proceso se compromete a desarrollar a lo largo de un período anual. La propuesta para la fijación de objetivos se establece a partir del análisis de los diferentes instrumentos de evaluación que se aplican en cada centro, así como de las aportaciones realizadas por los clientes externos e internos. Dichas propuestas son validadas por el NPC de cada centro y aprobadas por la Dirección de la gerencia del mismo. El NCC, junto al NPC de cada centro, con una periodicidad cuatrimestral revisan el estado de cumplimiento del Plan de calidad.

Para el año 2005, el NCC, de acuerdo con la dirección corporativa, ha marcado 5 objetivos de consecución uniforme en todo el grupo.

En la tabla 2 se presenta un ejemplo del formato utilizado para la concreción del Plan de calidad de uno de los centros del Grupo.

Código	Proceso	Indicador
Procesos clave		
PCL02 IB 01	Atención ambulatoria	Demora programación CCEE
PCL02 IB 02	Atención ambulatoria	Demora media asistencia CCEE
PCL02 IB 03	Atención ambulatoria	Percepción demora asistencia
PCL02 IB 04	Atención ambulatoria	Anulaciones visitas
PCL02 IB 05	Atención ambulatoria	Valoración global usuario CCEE
PCL02 IB 06	Atención ambulatoria	Valoración ≤ 2
PCL03 IB 01	Atención quirúrgica	Cumplimentación consentimiento informado
PCL03 IB 02	Atención quirúrgica	Exitus peroperatorio
PCL03 IB 03	Atención quirúrgica	Reintervenciones
PCL03 IB 04	Atención quirúrgica	Intervenciones anuladas
PCL03 IB 05	Atención quirúrgica	Infección nosocomial herida quirúrgica
PCL03 IB 06	Atención quirúrgica	Complicaciones anestésicas
PCL03 IB 07	Atención quirúrgica	Cumplimentación hoja operatoria
PCL03 IB 08	Atención quirúrgica	CMA/intervenciones tributarias
PCL03 IB 09	Atención quirúrgica	Intervenciones urgentes/total intervenciones
PCL03 IB 10	Atención quirúrgica	Índice cesáreas
PCL04 IB 01	Atención urgente	Urgencias ingresadas
PCL04 IB 02	Atención urgente	Urgencias no atendidas
PCL04 IB 03	Atención urgente	Informe alta urgencias
PCL04 IB 04	Atención urgente	Reingreso antes 24 h
PCL04 IB 05	Atención urgente	Derivaciones
PCL04 IB 06	Atención urgente	Mortalidad en urgencias
PCL04 IB 07	Atención urgente	Demora media asistencia urgencias
PCL04 IB 08	Atención urgente	Percepción demora asistencia
PCL04 IB 09	Atención urgente	Valoración global usuario urgencias
PCL04 IB 10	Atención urgente	Valoración \leq urgenticas

Tabla 1. Ejemplo del listado de indicadores básicos utilizados

Los anteriormente desarrollados puntos son, de hecho, las auténticas claves del desarrollo del modelo de gestión de

la calidad en nuestro grupo, y a nuestro entender, fácilmente extrapolables a cualquier organización sanitaria.

Objetivo	Descripción	Planes de actuación	Inicio	Fin	Responsable	Medición
Definir la misión, visión y valores del centro	Definir la misión, visión y valores del centro Aprobarlas y difundirlas	Definir conceptos Aprobación gerencia Aprobación Dirección Corp. Difusión interna	Enero 2004 Febrero 2004 Febrero 2004 Marzo 2004	Febrero 2004 Febrero 2004 Marzo 2004 Mayo 2004	Comité Dirección Director gerente Consejero Delegado Comité Dirección	Sí/No Sí/No Sí/No Sí/No
Establecimiento sistemática de gestión	Elaborar los procedimientos y organización para la toma de decisiones	Elaborar procedimientos Implantarlos	Enero 2004 Marzo 2004	Marzo 2004 Junio 2004	Comité Dirección Comité Dirección	Sí/No Nº reuniones Comité Dirección Nº Actas Comité Dirección
Elaboración del Plan Estratégico	A partir del Plan Estratégico corporativo, el centro desarrolla el suyo propio	Preparación metodológica Selección coordinador plan Preparación documentación básica Desarrollo del Plan Aprobación Comité Dirección Aprobación Dirección Corporativo Difusión interna	Abril 2004 Abril 2004 Abril 2004 Mayo 2004 Julio 2004 Agosto 2004 Septiembre 2004	Abril 2004 Abril 2004 Mayo 2004 Julio 2004 Julio 2004 Agosto 2004 Octubre 2004	Comité Dirección Comité Dirección Coordinador Plan Coordinador Plan Comité Dirección Comité Dirección Corporativo Comité Dirección	Sí/No Sí/No Sí/No Sí/No Sí/No Sí/No Sí/No
Establecer la sistemática de evaluación de proveedores	Establecer la sistemática de evaluación de proveedores	Realizar procedimientos Realizar evaluación inicial Realizar evaluación continua	Enero 2004 Febrero 2004 Abril 2004	Febrero 2004 Marzo 2004 Diciembre 2004	Director Gestión Director Gestión Comité Dirección	Sí/No % proveedores Evaluación trimestral
Aumentar la implicación con la sociedad	Conseguir una mayor participación en el tejido social	Diseño del Plan	Enero 2004	Marzo 2004	Comité Dirección	Sí/No
Favorecer la comunicación horizontal y ascendente	Establecer mecanismos de participación que permitan la comunicación multidireccional	Seleccionar responsables Elaborar Plan Implementar Plan Revisar efectividad	Enero 2004 Enero 2004 Marzo 2004 Diciembre 2004	Enero 2004 Marzo 2004 Junio 2004 Diciembre 2004	Director Gerente Responsable Comunicación Comité Dirección Comité Dirección	Sí/No Sí/No Nº sugerencias recibidas
Implantación indicadores	Integración en el Cuadro de Mandos Sistematización de la información periódica en cada nivel	Integración en el sistema informático Diseño de Cuadro de Mandos para cada nivel Despliegue mensual	Septiembre 2003 Enero 2004 Marzo 2004	Febrero 2004 Marzo 2004 Diciembre 2004	Departamento informática Comité Dirección Comité Dirección	% indicad. implant. Sí/No Informes/meses

Tabla 2. Ejemplo del formato utilizado para la concreción del Plan de calidad de uno de los centros del Grupo

Conclusiones

Después de haber realizado una introducción de “fundamentación filosófica” del porqué de la calidad y de su necesidad de ser gestionada, hemos intentado aportar algunos de los criterios fundamentales que han orientado el despliegue de nuestro modelo.

De lo anteriormente expuesto podrían concluirse algunos comentarios finales:

- Aun cuando todavía no lo sea, el nivel de calidad de una organización será clave para la compra o selección de servicios.
- La implantación de un modelo de gestión de la calidad no es, principalmente, un problema de método, sino del crédito que la organización concede al proyecto de mejora.
- La gestión de la calidad es el modelo de gestión de la organización en sí mismo y no una parte del mismo.
- No es fácil tener objetivos unánimes y compartidos por todos. La mejora de la calidad lo es, y eso debe poder aprovecharse para alinear voluntades y esfuerzos en pos de un bien que todos valoran.

Recomendaciones

Para aquellos que se sientan con el valor y la convicción de desarrollar su

propio desarrollo de progresión hacia la mejora, nos permitiremos hacerles algunas recomendaciones, resultado del análisis de nuestros fracasos y aciertos.

- Como en tantos otros aspectos, es absolutamente necesario el impulso con y desde la dirección.
- En los centros sanitarios el proceso de implantación y consolidación tiene un colectivo “palo de pajar”. Éste es el de enfermería.
- El esfuerzo de mejora debe ajustarse a la “capacidad de ciclo” de cada organización. Los cambios se irán produciendo en cuanto puedan ser asimilados.
- La planificación, ejecución y los resultados deben comunicarse ampliamente.
- No utilizar la calidad como “arma arrojadiza”; no se irá más allá del primer fracaso e imposibilitará recuperar el crédito, tan deseado.
- Las acreditaciones, certificaciones y otros sistemas de evaluación externa de la calidad deben ser considerados un medio (un gran medio), pero nunca un fin.
- El esfuerzo de mejora debe tener establecidos mecanismos de reconocimiento, y ahí creo que todos tenemos un gran campo en el que aprender y compartir experiencias.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Accreditació de Centres d'Atenció Hospitalària Aguda a Catalunya. Manual d'Estàndards. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003.

Autoevaluación de Centros Sanitarios utilizando como referencia el Modelo de Excelencia de la EFQM. Proyecto de investigación financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS 98/214).

Certificación y Normalización. Sector Sanitario 2002. Informes AENOR.

Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales. Joint Commission International Accreditation, 2000.

La qualitat als centres sanitaris. Experiències a l'àrea de Barcelona. En: Satorras Arriols M, editor. Temes d'Estratègia de la Qualitat 6. Xarxa Barcelona Qualitat. Barcelona: Edicions UPC.

Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad, 1999.

Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Ed. Masson.

