
Gestión de la calidad en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Joaquín Chacón Fuertes

Director Gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)

Introducción

En el contexto de los servicios públicos la calidad de la atención ha de ser el objetivo y la misión principal que debe orientar la actuación de los responsables políticos, de las instituciones, de los empleados públicos y de los profesionales, para alcanzar el compromiso ético de ofrecer el mejor servicio a los ciudadanos (como usuarios o “clientes” de dichos servicios). Transparencia, receptividad y responsabilidad se han convertido por ello en elementos básicos y esenciales de la gestión pública, que obligan a estar en disposición permanente de rendir cuentas y dar explicaciones (*accountability*) de su ejercicio¹.

El concepto de calidad ha evolucionado desde el planteamiento original de garantizar el producto/servicio o de controlar las diferentes etapas de su producción, al de una visión integral representada por los modelos de gestión de la calidad total (TQM). Estos tienen como

centro las necesidades, demandas, expectativas, preferencias y la satisfacción de los clientes o usuarios.

Por lo que respecta a los servicios sanitarios esta perspectiva comprende todas las etapas y funciones del servicio y está representada no sólo por la denominada calidad científico-técnica (medida en términos de eficacia, efectividad y adecuación), sino también por la calidad percibida, entendida como la diferencia entre lo que el usuario espera/desea y lo que percibe u obtiene (medido en términos de accesibilidad, capacidad de respuesta, trato, seguridad, fiabilidad, etc.)².

Como se sabe, el abordaje más sistemático para el análisis de la calidad de la asistencia se debe al doctor Avedis Donabedian quien, en un trabajo ya clásico³, formuló la más conocida clasificación de los métodos de análisis de la calidad de la asistencia:

I. Análisis de la calidad de los medios: evaluación de la estructura.

2. Análisis de la calidad de los métodos: evaluación del proceso.

3. Análisis de la calidad de los resultados: evaluación de los resultados.

Las nuevas tendencias en calidad asistencial se enmarcan dentro del concepto de mejora continua⁴, que pretende identificar oportunidades de mejora utilizando como herramientas fundamentales el rediseño o reingeniería de procesos⁵ (revisión y rediseño radical de procesos para que la organización reestablezca la manera de cubrir objetivos a niveles de coste, calidad, servicio y rapidez adecuados), y la orientación al paciente⁶, garantizando la continuidad de los niveles asistenciales^{7,8}. Para conseguirlo, las decisiones clínicas deben basarse en la evidencia científica en la medida de lo posible y la calidad debe formar parte de los objetivos asistenciales en todos los niveles de la organización sanitaria.

Formulaciones de la calidad en el Sistema Sanitario público de Castilla-La Mancha

La Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha⁹ (LOSCM) configura el Sistema Sanitario público en nuestra Comunidad Autónoma, y lo define como el conjunto de funciones, actuaciones, centros, servicios, recursos y es-

tablecimientos sanitarios dependientes de los poderes públicos a ellos vinculados que, partiendo de la prevención de las enfermedades y de la promoción de la salud tiene como objetivo último la mejora del nivel de salud. Son elementos esenciales del Sistema la cobertura universal, la financiación pública, el aseguramiento único y público, la gestión pública, la concepción integral de la atención sanitaria y la provisión mayoritariamente pública.

El Sistema Sanitario se estructura diferenciando las competencias de planificación, ordenación y autoridad sanitaria (que corresponden a la Consejería de Sanidad) de las de gestión y provisión de los centros, servicios y establecimientos dedicados exclusivamente a la asistencia sanitaria, atribuidas al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).

Por lo que se refiere al SESCAM, la ley le atribuye las funciones de:

“[...] mejora continua de la calidad y modernización de los servicios. (art. 69 LOSCM).

Además, de acuerdo con la norma, el Servicio de Salud debe establecer objetivos que permitan:

I. Desarrollar medidas para evaluar el cumplimiento de las actuaciones y actividades que se realicen en cada uno de los centros y servicios sanitarios.

2. Garantizar la calidad de servicio, así como su aceptación por la población.

3. “Incorporar en los diferentes niveles de atención la mejora constante de servicios atendiendo las necesidades de la ciudadanía, las demandas del conjunto de profesionales y el avance de la ciencia para conseguir una mayor eficiencia en la utilización de los recursos.” (Art. 75 LOSCM).

El Decreto 1/2002, de 8 de enero, de estructura orgánica y funciones de los servicios centrales y periféricos del SESCAM¹⁰ establece que es competencia de la Dirección Gerencia el establecimiento de políticas encaminadas al fomento de la calidad en la atención sanitaria de los ciudadanos de Castilla-La Mancha.

Por otro lado, el Plan de Salud de Castilla-La Mancha (2001-2010), instrumento básico de planificación de las políticas sanitarias públicas, recoge y enumera entre sus objetivos generales una serie de intervenciones en distintas áreas, relacionadas con la calidad asistencial, que aparecen así formuladas:

– Objetivo 5.2.3. Adecuar cuantitativamente los recursos humanos disponibles en Atención Primaria para elevar la calidad de las prestaciones.

– Objetivo 5.2.5. Elevar la calidad de los servicios para conseguir la excelencia clínica y satisfacción de las expectativas de los ciudadanos.

– Objetivo 5.3.1. Aumentar los recursos del nivel de Atención Especializada para garantizar a los ciudadanos de Castilla-La Mancha similares niveles de accesibilidad que en el resto del territorio nacional a los servicios y prestaciones de este nivel asistencial.

– Objetivo 5.3.4. Elevar la calidad asistencial y la evaluación de la atención especializada para conseguir servicios de excelencia clínica.

– Objetivo 5.3.5. Desarrollar actuaciones orientadas a mejorar la satisfacción de los usuarios en su relación con los servicios especializados.

– Objetivo 5.6.6. Conocer los niveles de calidad alcanzados en los centros y servicios sanitarios que configuran el servicio de salud de Castilla-La Mancha, así como el nivel de satisfacción de los usuarios de los mismos.

El Plan de Calidad del SESCAM

Tras la transferencia a todas las Comunidades Autónomas de las funciones y servicios sanitarios gestionados anteriormente por el INSALUD, el Sistema Nacional de Salud se ha configurado en los últimos años como una amplia red asistencial descentralizada. Este nuevo marco de gestión permite acercar la asistencia a las necesidades de los ciudadanos¹¹.

Esta mayor proximidad al usuario debe permitir que sus demandas y preferencias sean más importantes en el diseño de los servicios asistenciales, aumentando su capacidad de decisión acerca del sistema sanitario¹²⁻¹⁴. El marco global obliga a todos los Servicios de Salud a buscar la mejora continua y tender hacia la excelencia¹⁵.

Todos los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas han tendido a la adopción de modelos de gestión de la calidad total, de forma que todas las actividades de la organización estén orientadas a obtener mejores resultados y a alcanzar un nivel de excelencia en la prestación de los servicios¹⁶. En este sentido, el Plan de Calidad del SESCAM se orienta hacia un modelo de gestión de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM®), contribuyendo al desarrollo de los objetivos fijados por el Plan de Salud de Castilla-La Mancha (2001-2010). Este Plan de Calidad compatibiliza la experiencia previa acumulada por el INSALUD y el SESCAM, con las nuevas tendencias en gestión de la calidad. El Plan de Calidad no es exhaustivo, sino que aborda una serie de objetivos de mejora claves, en un esfuerzo coordinado con el resto de objetivos de la organización.

En 2002 se formuló un primer Plan de Calidad integrado del SESCAM, que con-

templaba objetivos de mejora en Atención Primaria, Atención Especializada y en Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario. Este primer Plan de Calidad actualizaba diversos aspectos de las experiencias previas de mejora. Su principal novedad era ofrecer una visión integrada de los esfuerzos de mejora de la calidad a todos los niveles. El Plan de Calidad del año 2003 se estructuraba en: objetivos institucionales, objetivos de Atención Primaria, estándares, objetivos e indicadores de Atención Especializada, objetivos de Urgencias y Emergencias y objetivos de continuidad de cuidados.

A lo largo del año 2003 se diseñó un nuevo Plan de Calidad, que simplificaba la estructura del anterior, si bien mantenía casi todos los objetivos e incorporaba algunos nuevos. Estos últimos venían dados por compromisos del SESCAM con la Consejería de Sanidad, por avances legislativos y por aportaciones y sugerencias planteadas en los grupos de trabajo y por los coordinadores y responsables de calidad de los centros del SESCAM. El Plan de Calidad seguía teniendo en cuenta los elementos esenciales de la gestión de la calidad total: liderazgo, mejora continua¹⁷, adhesión de los profesionales, circulación de la información, mejora de procesos, costes económicos^{18,19} y satisfacción de los pacientes^{20,21}.

En el nuevo Plan de Calidad, a partir de 2004, casi todos los antiguos objetivos y estándares se transformaron en objetivos de mejora. Dichos objetivos se clasificaron siguiendo el modelo EFQM®, según los criterios y subcriterios correspondientes. En cada criterio se introdujo primero el modelo de forma literal y, posteriormente, se explicitaron los objetivos del Plan de Calidad del SESCAM que correspondían a dicho criterio (ordenados por subcriterios). Al final, se mantuvo un apartado específico de monitorización de indicadores. Por lo tanto, no se trata de aplicar en su totalidad el modelo EFQM® en sentido estricto, sino de utilizarlo como referencia para clasificar los objetivos que se venían evaluando en el Plan de Calidad anterior (y los posteriores).

El Plan de Calidad es una herramienta operativa en constante mejora. Es el resultado del esfuerzo conjunto de los coordinadores y responsables de calidad de los centros e instituciones sanitarias y de los servicios centrales. Aunque se evalúa anualmente, y parte de los objetivos quedan fijados en los Contratos de Gestión de los centros a principios de año, posteriormente se introducen mejoras en la metodología, datos complementarios, etc., que lo van enriqueciendo y perfeccionando.

Tradicionalmente el Plan de Calidad ha estado centrado en la actividad desarrollada por los profesionales sanitarios. El nuevo Plan trata de ir incorporando progresivamente a todos los trabajadores de la organización. Por ello, se continúa ampliando el ámbito de algunos de los objetivos para incluir a los servicios y áreas no asistenciales del SESCAM.

Cada objetivo debe ser abordado desde uno o varios niveles (raramente desde todos a la vez): Atención Primaria, Atención Especializada, Urgencias y Emergencias, Oficinas Provinciales de Prestaciones y Servicios Centrales.

Los objetivos se dividen en dos grandes grupos:

1. Objetivos (obligatorios) del Contrato de Gestión, que deben evaluarse durante el año.

2. Objetivos complementarios, cuya evaluación es voluntaria.

Los indicadores de actividad anual (proyectos de mejora registrados, reuniones de las comisiones clínicas, etc.) deben recoger la realizada desde el 1 de noviembre al 30 de octubre del año siguiente. Así, en el pasado ejercicio los objetivos del Plan de Calidad 2005 se evaluaron antes del 30 de octubre, para disponer de los resultados en la negociación del Contrato de Gestión del año 2006.

Nombre del indicador	Descripción del indicador
Tipo de indicador	Dicotómico/ordinal/cuantitativo/porcentual
Dimensión de la calidad	Dimensión afectada (accesibilidad, calidad científico técnica, calidad percibida, liderazgo, etc.)
Objetivo	Objetivo de mejora en el que se inscribe el indicador
Unidad de análisis	Gerencia de AP/Hospital/Gerencia de Urgencias, Emergencias y transporte Sanitario/ Oficina provincial de prestaciones/Servicios centrales
Tipo de evaluación	Obligatoria (indicador incluido en el contrato de gestión) o voluntaria (no incluido)
Estándar	Nivel óptimo a alcanzar. Puede derivarse de la literatura, o de los mejores resultados de nuestros centros o de los resultados de los mejores centros
Justificación	Resumen de la hipótesis teórica y/o pruebas empíricas en las que se basa el indicador
Fórmula	Cálculo que hay que realizar para obtener el indicador
Explicación de términos	Descripción de las variables que intervienen en la fórmula
Población/muestra	Descripción de la población (y en su caso la muestra) a partir de la cual se obtiene el indicador
Fuente de datos	Resumen de los medios utilizados para obtener el indicador. Las fuentes son importantes en el caso de que el centro sea sometido a una auditoría
Resultado obtenido	I. dicotómico: sí / no / no aplicable I. ordinal: 1/2/3/4/5/6 I. cuantitativo: número / no aplicable I. porcentual: porcentaje / no aplicable

Tabla 1. Indicadores establecidos para cada objetivo

La adaptación al modelo EFQM® no ha contemplado la aplicación de la metodología de autoevaluación propia de dicho modelo. Ello no impide que los centros que lo consideren oportuno puedan aplicar una autoevaluación o realizar una evaluación externa EFQM®, complementaria a la institucional.

Para cada objetivo se establecen uno o varios indicadores, clasificados según el

tipo de variable que representa la característica que se pretende evaluar (indicadores dicotómicos, ordinales o cuantitativos).

Los indicadores se describen mediante una tabla que sigue el esquema mostrado en la tabla I (no siempre son necesarios todos los apartados).

Los objetivos planteados en el Plan de Calidad no agotan necesariamente las ac-

tividades de mejora continua que pueden abordar los centros. Cada Gerencia, hospital, etc. puede decidir contar con un Plan de Calidad específico, que profundice en los aspectos recogidos en el Plan de Calidad Institucional. Asimismo, puede trabajar para conseguir la certificación de algún Servicio mediante las Normas ISO^{22,23}. Otra posibilidad, como se ha comentado, es realizar una autoevaluación EFQM[®]. Para ello, existen herramientas muy útiles, como la Guía de Autoevaluación en Atención Primaria del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL)²⁴.

Durante 2005 se han iniciado en el SESCAM dos experiencias novedosas, de cuyas conclusiones pueden beneficiarse el resto de las Gerencias; el Hospital Universitario de Albacete ha solicitado la acreditación bajo los criterios de la *Joint Commission International* y de la *European Foundation for Quality Management*; por su parte, la Gerencia única de Puertollano ha iniciado también recientemente un Plan de Calidad siguiendo el modelo EFQM[®].

El modelo EFQM[®] de excelencia

En nuestro país conviven tres grandes modelos de gestión de la calidad. Las normas ISO proceden de la estandarización y certificación de servicios, originalmente

industriales. El sistema de acreditación de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) es el único sistema con un origen específicamente sanitario. El modelo de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM[®]) procede de la aplicación de los principios de la calidad total a las empresas europeas, introduciendo la cultura europea en algunos aspectos que no habían sido contemplados por los modelos americano y japonés. Después de la culminación de las transferencias sanitarias, varias Comunidades Autónomas ya han decidido adoptar un modelo concreto de gestión de la calidad asistencial. En general, el modelo más difundido es el EFQM[®] (tabla 2).

El Plan de Calidad del SESCAM 2006

El Plan de Calidad del SESCAM para 2006 establece una serie de objetivos de mejora que se consideran claves para la excelencia, y además incorpora indicadores extraídos del resto de los objetivos del contrato de gestión, en un esfuerzo de integración de los objetivos de la Institución en un marco de referencia común. Durante 2006 se han incluido indicadores del grado de cumplimiento de los objetivos relacionados con la seguri-

CC.AA.	Modelo
Andalucía	Gestión por procesos asistenciales integrados ²⁵ Modelo integral de gestión por competencias Modelo de acreditación de Andalucía (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía)
Aragón	Programa de apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad en el SALUD ²⁶ EFQM. Autoevaluación Objetivos de calidad en el Contrato de Gestión Estándares de la <i>Joint Commission International Accreditation</i> (JCI)
Asturias	Modelo propio, basado en el EFQM y aspectos del IOM (<i>Institute of Medicine</i>), integrando el Plan de Salud
Baleares	Plan Marco de Calidad. No hay modelo establecido. Autonomía hospitalaria Gestión de procesos avanzada en algunos hospitales
Canarias	Objetivos e indicadores por servicio. Gestión de procesos (vías clínicas)
Cantabria	Autoevaluación EFQM en hospitales y Atención Primaria ²⁷ . Fusión de objetivos e indicadores de calidad con los de actividad (desaparece el Anexo de Calidad del Contrato de Gestión)
Castilla La Mancha	Plan de calidad del INSALUD actualizado, integrando niveles asistenciales ²⁸ . Adaptación parcial al modelo EFQM Diversas iniciativas
Castilla y León	EFQM como modelo de la Administración regional SACYL: experiencias puntuales de autoevaluación según modelo EFQM. Guía de autoevaluación en Atención Primaria ²⁹ . Líneas de actuación en mejora de la calidad Futura Agencia de Acreditación Sanitaria
Cataluña	Amplia experiencia previa en acreditación, aunque siempre interna Nuevo sistema de acreditación que combina /EFQM/JACHO/ <i>King's Fund</i> /ISO ³⁰ , más externo
Extremadura	Gerencia única de área Plan Marco de Calidad Nuevo sistema de acreditación basado en el modelo EFQM ³¹
Galicia	Iniciativas puntuales variadas. Certificaciones ISO. Evaluación y proyectos de mejora desde la Consejería de Sanidad, siguiendo el modelo EFQM ³²
Madrid	EFQM. Formación de los equipos directivos. Autoevaluación de hospitales y áreas de Atención Primaria
Murcia	Experiencia EMCA. Plan de Calidad del INSALUD. Objetivos por servicios en Atención Especializada
Navarra	Objetivos de calidad dentro del contrato programa de Atención Especializada, inspirado en un modelo parecido al EFQM (MAPPA-Horizonte). Programa interno de gestión de la calidad en Atención Primaria. Gestión de procesos clínicos relevantes ³³
La Rioja	Unidad de Calidad Rioja Salud. Modelo EFQM y gestión de procesos en las fundaciones (Calahorra). Plan de Calidad mixto, en el hospital San Millán-San Pedro ³⁴
C. Valenciana	Enfoque integral ³⁵ . Modelo EFQM (Autoevaluación/evaluación externa/acreditación) Creación de un organismo acreditador "independiente" (no lo es tanto)
País Vasco	Amplia experiencia con el modelo EFQM. Autoevaluación, evaluación externa, premios ³⁶ Plan de Calidad

Tabla 2. Modelos de gestión de calidad asistencial en los Servicios de Salud (mayo, 2005)

dad del paciente y con la prevención de riesgos laborales.

Para 2006 el Plan de Calidad continúa teniendo en cuenta los elementos esenciales de la excelencia en la gestión de la calidad: liderazgo, mejora continua, adhesión de los profesionales, circulación de la información, mejora de procesos, costes económicos, satisfacción y participación del paciente y sus familiares en la toma de decisiones que afectan a su salud. La Dirección Gerencia del SESCAM se ha propuesto desarrollar la monitorización de indicadores de resultados en salud extraídos del CMBD Hospitalario, proporcionando así información más rica y precisa a los Gerentes, para detectar áreas de mejora y poder llevar a cabo las acciones necesarias.

Siguiendo el Plan de Salud Mental 2005-2010 recientemente aprobado, durante el año 2006 está previsto elaborar un Plan de Calidad de atención a la salud mental.

Los objetivos de mejora de la calidad contemplados en el Plan para 2006, agrupados según los criterios del modelo, son los siguientes:

Criterio 1

Liderazgo

1. Extender la cultura de la calidad entre todos los centros y los profesionales del SESCAM.

2. Lograr el liderazgo en calidad de la gestión por parte del equipo directivo.

3. Disponer de un coordinador de calidad asistencial.

4. Aplicación del Plan General de Prevención del SESCAM (grado de cumplimiento).

5. Aplicación del Plan Perseo (Plan de Protección y Seguridad del Patrimonio).

Criterio 2

Política y estrategia

1. Incrementar la participación de los usuarios en la planificación y gestión de recursos sanitarios.

2. Participar en proyectos de evaluación y mejora de la calidad asistencial a nivel nacional.

3. Mantenimiento de un registro de proyectos de mejora de la calidad.

4. Seguimiento del sistema de alerta para la detección de pacientes portadores de gérmenes resistentes.

5. Seguimiento del sistema de vigilancia y control de la contaminación microbiológica del medio ambiente hospitalario.

Criterio 3

Personas

1. Lograr la integración funcional de los distintos profesionales de la Unidad de Calidad.

2. Desarrollar el Plan de Calidad previsto en el Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha.

3. Aumentar el número de profesionales formados en prevención de riesgos laborales.

4. Divulgar las experiencias de calidad mediante publicaciones científicas.

5. Mantener la Comisión de Calidad.

6. Mejorar el funcionamiento de las comisiones clínicas/comisiones en Atención Primaria y los grupos de mejora.

7. Establecer un plan de comunicación interna.

8. Plan de recepción al nuevo trabajador.

Criterio 4

Alianzas y recursos

1. Lograr que los centros concertados dispongan de un Plan de Calidad.

2. Colaborar con otros sistemas de protección (educación, empleo, servicios sociales, etc.) en proyectos de prevención de la dependencia, atención sociosanitaria a personas dependientes y educación para la salud.

3. Participación del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales en los comités de compras y de obras.

4. Mejorar la utilización de la resonancia magnética nuclear y la tomografía axial computarizada de acuerdo al protocolo.

5. Elaborar y poner a disposición de los ciudadanos la carta de servicios del SESCAM.

6. Divulgar a los ciudadanos algunos aspectos del Plan de Calidad del SESCAM a través de un portal de internet.

7. Todos los centros dispondrán de un documento que describa la oferta de servicios del centro: guía de información al usuario.

8. Todos los servicios del centro que lo precisen deben tener un Plan de Información de acuerdo a la Guía de Información al Paciente.

Criterio 5

Procesos

1. Introducir guías de práctica clínica acreditadas.

2. Mejora de la implantación y evaluación de los protocolos de cuidados de enfermería en el paciente sondado.

3. Aplicar los cuidados de enfermería de acuerdo con el protocolo.

4. Mejorar el proceso de donación y trasplante de órganos.

5. Implantar protocolos no asistenciales.

6. Establecer protocolos de actuación con Atención Especializada en el 100% de las zonas básicas de salud.

7. Implantar el programa de seguimiento de altas hospitalarias.

8. Aplicar la guía farmacoterapéutica.
9. Disponer de un protocolo de equivalentes terapéuticos.
10. Aumentar la implantación y la evaluación de vías clínicas/sistemas de gestión de procesos.
11. Desarrollo de un protocolo de salud mental.
12. Aplicar el proceso enfermero y sistematizar la atención de los problemas de salud.
13. Elaborar el informe anual de calidad.

Criterio 6

Resultados en los clientes

1. Mejorar la satisfacción del usuario.
2. Dar a conocer el derecho de los pacientes a obtener copia de toda la documentación clínica.
3. Aumentar la implantación de la receta en Consultas Externas y al alta hospitalaria (excluyendo las altas del área de Urgencias).
4. Asegurar la correcta recepción y tramitación de iniciativas, sugerencias, reclamaciones y quejas.
5. Mejorar la posibilidad de acompañamiento durante el proceso de dilatación y parto a las mujeres que dan a luz en el hospital.
6. Aplicar el plan de recepción a los pacientes.

7. Facilitar el acompañamiento padres-hijos durante la hospitalización.
8. Mejorar el proceso de consentimiento informado.
9. Mejorar el sistema de vigilancia y control de la infección nosocomial.
10. Facilitar una segunda opinión facultativa al paciente cuando éste la solicite.
11. Aplicar y evaluar el Plan de los Pequeños Detalles.

Criterio 7

Resultados en las personas

1. Utilizar alguna encuesta de satisfacción de los profesionales.
2. Reducir el tabaquismo en el personal del SESCOAM.
3. Adecuar los puestos de trabajo a las características de los trabajadores.
4. Prevenir sensibilización al látex y alergia a éste en el ámbito sanitario.

Criterio 8

Resultados en la sociedad

1. Implantar un protocolo de enfermería para la detección de factores de riesgo social del paciente.
2. Colaborar con las ONG en proyectos nacionales e internacionales en materia de cooperación al desarrollo relacionados con la salud.
3. Realizar actividades para disminuir el impacto medioambiental.

4. Detectar y derivar a los Servicios Sociales a niños y niñas de 0 a 6 años con discapacidad o en situación de riesgo que precisen atención temprana.

Criterio 9

Resultados clave

1. Mejora de la calidad de la historia clínica.

2. Reducir el número de caídas de los pacientes hospitalizados.

3. Reducir los sucesos adversos producidos por los medicamentos.

4. Asegurar la adecuada identificación de los pacientes.

5. Disponer de informe de alta definitivo el mismo día del alta del paciente.

6. Mejorar la calidad del informe de alta.

7. Cumplimentar correctamente la hoja de asistencia de Urgencias, Emergencias y transporte sanitario.

8. Elaboración del informe de Enfermería al alta.

Como se ha comentado, se trata del total de objetivos de mejora contemplados en el Plan de Calidad, pero esto no implica que todos ellos sean aplicables a todos los centros. El esquema manejado es mediante una doble diferenciación. Por una parte, se diferencian lo que son objetivos de mejora, cuya aplicación se considera obligada, de aquellos otros

que podríamos considerar como voluntarios u opcionales. Por otro lado, un determinado objetivo puede ser o no aplicable en función del tipo de centro (Atención Primaria, Atención Especializada, Gerencia de Urgencias Emergencias y transporte sanitario, etc.). El propio Plan contiene una tabla de doble entrada aclaratoria de estos aspectos. A modo de ejemplo puede verse un fragmento en la tabla 3.

La evaluación de la calidad mediante la aplicación de este modelo se realiza en cada centro por la Unidad de Calidad del mismo, compuesta por el coordinador médico y la enfermera de calidad y con la colaboración de los integrantes de los Servicios de Medicina preventiva y las comisiones de calidad hospitalaria. Esta evaluación se lleva a cabo mediante una metodología común en todos los hospitales, lo que facilita la comparación de sus resultados.

De acuerdo con dichos resultados se establece una puntuación y clasificación de hospitales, que se utiliza para vincular incentivos a la mejora de la calidad. La comparación entre hospitales y el establecimiento de incentivos en función de los resultados obtenidos exige el desarrollo de mecanismos que garanticen la fiabilidad de dichos resultados. Por ello, se realizan auditorías para la verifi-

Objetivos	Atención Primaria	Atención Especializada	GUE y TS	OPP	SS. CC.
Criterio 5. Procesos					
Introducir guías de práctica clínica acreditadas	*	*	*		
Mejora de la implantación y evaluación de los protocolos de cuidados de enfermería en el paciente sondado	**	*			
Aplicar los cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo	**	*			
Mejorar el proceso de donación y trasplante de órganos		*			
Implantar protocolos no asistenciales	**	*	*		
Establecer protocolos de actuación con Atención Especializada en el 100% de las zonas básicas de salud	*	*			

*Objetivo del contrato de gestión.

**Objetivo complementario.

GUE y TS: Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario; OPP: Oficina Provincial de Prestaciones; SS. CC.: Servicios Centrales.

Tabla 3. Objetivos de mejora contemplados en el Plan de Calidad

cación de los resultados en determinados centros. Para la realización de estas auditorías se forma un equipo de evaluadores compuesto por personal del Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria del SESCAM y Coordinadores y Responsables de Calidad de centros del SESCAM.

El resultado de la auditoría se plasma en un informe final, que es entregado a la Dirección Gerencia del SESCAM y

a la Dirección Gerencia del centro auditado. En el informe se señalan una serie de áreas de mejora, y es importante que los directivos se impliquen y adopten las medidas adecuadas.

En el Plan del año 2006 la metodología de evaluación se engloba dentro del propio Plan de Calidad y se pretende que algún integrante del área de inspección y evaluación participe en la realización de las auditorías externas.

BIBLIOGRAFÍA

1. OCDE Report. Administration as service. The public as client. Paris; 1987.
2. Miño Fungarolas G. Gestión por procesos y calidad asistencial. JANO. 2001;61:10.
3. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966;44:166-206.
4. Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Aranaz Sitges E. La gestión de la mejora continua de la calidad: aplicaciones al sector sanitario. Rev Calidad Asistencial. 1998;13.
5. Oteo LA, Hernández JF. Rediseño de/en organizaciones sanitarias: de la teoría a la práctica. En: del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J, editores. Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson; 1998.
6. Mira JJ. La gestión de la calidad orientada hacia el cliente. Alicante: Curso UIMP; 1998.
7. Aranaz JM, Buil JA. Gestión Sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. Med Clin (Barc). 1995;106:182-4.
8. Mira JJ, Buil JA, Rodríguez J, Aranaz J. ¿Es posible mejorar la coordinación entre niveles asistenciales? Med Clin (Barc). 1997;109:439.
9. Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha. (DOCM n.º 126, de 19 de diciembre).
10. Decreto 1/2002, de 8 de enero, de estructura orgánica y funciones de los servicios centrales y periféricos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam). (DOCM n.º 4, de 11 de enero).
11. Humet C. La calidad asistencial se acerca más al ciudadano. Rev Calidad Asistencial. 2002;17(1):1-2.
12. Repullo JR. Los retos para promover la calidad en el nuevo escenario descentralizado del Sistema Nacional de Salud. Rev Calidad Asistencial. 2002;17(4):199-200.
13. Lamata F. Las transferencias sanitarias. Una oportunidad para el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, un reto para el Sistema Nacional de Salud. Gestión Hospitalaria 2002;13(1):6-8.
14. López-Casasnovas G, Rico A. La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución? Gac Sanit. 2003;17(4):319-26.
15. Bohigas L. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit. 2003;17(4):316-8.

16. Comité Editorial RCA. Una cartografía de la gestión de calidad en España. *Rev Calidad Asistencial*. 2004; 19(3):104.
17. Benbassat J, Taragin M. What is adequate health care and how can quality of care be improved? *Int J Health Care Qual*. 1998; 11:58-64.
18. Borrego García D. Los costes de la calidad. En: Aranaz Andrés JM, Vítaller Burillo J, editores. *La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria*. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública; 1999.
19. Donabedian A. Quality and cost: choices and responsibilities. *Inquiry*. 1988; 25:90-9.
20. Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. *Med Clin (Barc)*. 2000; 114:460-3.
21. Rodríguez Marín J, Mira JJ. La organización sanitaria y su influencia en la calidad. En: Aranaz Andrés JM, Vítaller Burillo J, editores. *La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria*. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública; 1999.
22. Millán Cochinerio C, Vázquez Almunia J, Bas Méndez M, Alija Rodríguez J, Salgueiro Corbacho M, Rosendo Martínez RM. La certificación de la central de esterilización del Hospital do Meixoeiro. *Todo Hospital*. 2004; 203:35-8.
23. López López M. Implantación de un sistema de mejora continua de la calidad. Norma ISO 9.000 en el Servicio de Alimentación. *Todo Hospital*. 2004; 204:97-9.
24. Guía de Autoevaluación en Atención Primaria. Cuestionario adaptado para la aplicación del Modelo Europeo de Excelencia. Valladolid: Sacyl. Junta de Castilla y León; 2004.
25. Torres A, Fernández E, Paneque P, Carretero R, Garito A. Gestión de la calidad asistencial en Andalucía. *Rev Calidad Asistencial*. 2004; 19(3): 105-12.
26. Brun A, García Aísa JC. Sistema de calidad del Servicio Aragonés de Salud. *Rev Calidad Asistencial*. 2004; 19(3): 113-20.
27. Pariente E, Ramos C, Dierssen T, Esteban J, Amaya A, et al. Gestión de la calidad en el Servicio Cántabro de Salud. *Rev Calidad Asistencial*. 2004; 19(3): 121-7.
28. Fernández Martín J, Gutiérrez Fernández R, Marín Rubio JM, Parra Vázquez B, Royo Sánchez C. Mejora en la calidad asistencial en el Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM).

- Rev Calidad Asistencial. 2004; 9(3): 142-50.
- 29.** Marcos-Ortega M, Revilla-Ramos F. Política de calidad en la sanidad de Castilla y León. Rev Calidad Asistencial. 2004;19(3):128-41.
- 30.** López Viñas MLI, Guzmán Sebastián R, Tirvió Gran C, Busquets Bou E, Manzanera López R. Evaluación de la calidad de la asistencia en Cataluña. Modelo de acreditación. Rev Calidad Asistencial. 2004;19(3):151-6.
- 31.** Fernández Mastro JM, Pajuelo Morán J, Benegas Capote J, Enciso Argjona MI, Montes Salas G, et al. Gestión de la calidad sanitaria en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Rev Calidad Asistencial. 2004; 19(3):163-8.
- 32.** Galego P, Gutiérrez AM, Puime P, López Fernández MD, García Quintáns A, Castro R. Calidad en el sistema sanitario público de Galicia. Rev Calidad Asistencial. 2004;19(3):169-76.
- 33.** Rodrigo I, Nuin MA, Gabilondo L, Ayerdi K, Apezteguía J, Gimeno A, et al. Gestión de la calidad en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad Foral de Navarra. Rev Calidad Asistencial. 2004;19(3):177-88.
- 34.** Corchera JM, Carreras M. Unidad para la gestión integrada de la calidad, evaluación y mejora de la eficiencia de la atención sanitaria de La Rioja. Rev Calidad Asistencial. 2004; 19(3):300-4.
- 35.** Gómez G, Cervera M. Mejora de la calidad asistencial en la Comunidad Valenciana. Rev Calidad Asistencial. 2004;19(3):157-62.
- 36.** Sánchez E, Darpón J, Garay JI, Letona J, González R, Pérez J. Política de calidad en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Rev Calidad Asistencial. 2004;19(3):189-99.

