

En busca de la excelencia: el perfil del responsable de enfermería en recursos materiales

Susana Álvarez

Subdirectora Médica. Hospital Universitario Del Río Hortega. Valladolid. España.

Correspondencia: Dra. Susana Álvarez Gómez.

Rondilla de Santa Teresa, 9. 47010 Valladolid. España.

Correo electrónico: salvarez@hurh.sacyl.es

Sr. Director:

La organización de los centros sanitarios sigue en la actualidad lo recogido en el RD 521/87¹, pero los avances científicos y tecnológicos generan, sobre la base de la estructura ya de por sí compleja de los centros sanitarios en general y especialmente de los hospitales, la necesidad de responsables con funciones definidas y estratégicas para la organización.

Me referiré al responsable de recursos materiales (RRMM) por tratarse de un profesional sanitario no facultativo con gran repercusión en la mejora de la calidad de los servicios prestados por las organizaciones sanitarias y por estar poco definido su perfil.

Se trata de un profesional de enfermería que, a mi juicio, debe tener experiencia clínica contrastada, que le avala como conocedor de los materiales, equipos y suministros y del medio o lugar de trabajo. Asimismo, debe tener habilidades como comunicador y negociador, puesto que debe estar en permanente contacto con sus clientes internos, que son los propios enfermeros con los que debe establecer canales de comunicación fluidos y abiertos para facilitar la participación, y con sus clientes externos, que son los proveedores. Otras cualidades que debe tener el responsable de RRMM son motivación, capacidad de organización, de trabajo en equipo y de toma de decisiones.

Lo que está más establecido son las funciones que principalmente desarrolla, y que podríamos concretar en las siguientes: *a)* contribución en la elaboración y seguimiento del Plan Anual de compras; *b)* priorización de inversiones incluidas anualmente en los planes de necesidades; *c)* establecimiento de los pactos de consumo en las distintas unidades de enfermería, y *d)* participación activa en las comisiones de compras y en las mesas de contratación.

Las actividades fundamentales para el cumplimiento de las funciones expuestas son la elaboración de fichas técnicas de productos y realización de informes de asesoramiento, el control de los pactos de consumo y de la provisión de las unidades de enfermería y la negociación de precios según la norma reguladora de la contratación administrativa.

Por tanto, las tareas que realiza el responsable de RRMM tienen que ver con la compra: qué y por qué comprar,

a quién, cómo y a qué precio, para finalizar con el consumo del artículo por la unidad peticionaria.

Es un puesto de confianza, de libre designación, que depende funcional y organizativamente de la Dirección de Enfermería, con nombramiento de supervisión de unidad, área o subdirección. Con escasos conocimientos de gestión, participa poco de los objetivos del centro y su formación se basa casi exclusivamente en la experiencia. Esta situación es consecuencia, entre otros factores, de la carencia de profesionales de enfermería motivados en temas de gestión, por desconocimiento, falta de formación o por ser otros los intereses profesionales de los enfermeros. En todo caso, no está reconocida su labor como gestor de recursos, ni su influencia en la repercusión económica ni en la adecuada planificación y dinamización de los servicios.

Por otra parte, se abren nuevas expectativas basadas en el desarrollo de formas de gestión más cercanas al propio profesional y con mayor participación y de la llegada de nuevas tecnologías que poco a poco se van implantando en nuestros centros. Estos nuevos escenarios, junto con el valor estratégico del aprovisionamiento –ya que se calcula que el 50% del coste de la asistencia sanitaria depende de la compra de suministros–, obligan a ampliar el horizonte competencial del responsable de RRMM. Las condiciones para facilitar el mayor protagonismo del responsable de RRMM son una visión estratégica de la organización, de sus recursos y de sus redes de coordinación, el desarrollo de competencias interpersonales para alcanzar un liderazgo en recursos materiales dentro de la organización sanitaria y la capacitación en habilidades de eficacia personal que doten al responsable de RRMM de credibilidad ante terceros.

Mi propuesta de futuro para el responsable de RRMM es su integración funcional en la Dirección de Gestión, al participar del objetivo común de garantizar que los suministros de uso por enfermería estén en el momento y lugar adecuados, en las mejores condiciones y adquiridos al mejor precio posible. Este objetivo forma parte de los intereses de la Dirección de Gestión y no de otras direcciones de los centros sanitarios, cuyo cumplimiento hace imprescindible compartir la cultura de gestión y los conocimientos con el responsable de RRMM.

Todos estos retos deberán contribuir a una necesaria especificidad del puesto de responsable en RRMM, que considero fundamental como objetivo deseable para la mejora de la gestión de los centros sanitarios.

Para finalizar, el perfil óptimo del responsable de RRMM sería: liderazgo, basado en el conocimiento técnico; habilidades personales y experiencia; gestor de recursos materiales y económicos, capaz de optimizar costes, con una gestión eficiente y de priorización de las necesidades ineludibles que aporten valor añadido, en un escenario de recursos limitados; abierto a las innovaciones técnicas y de gestión, con un objetivo de mejora continua que contribuya a la excelencia de la organización sanitaria a la que pertenezca en tanto que mejora la calidad de las prestaciones, y por último, orientado al paciente como eje central de los servicios sanitarios, que es la razón de ser de nuestras instituciones sanitarias y el objetivo para el que trabajamos todos los profesionales sanitarios.

Bibliografía

1. Real Decreto 521/87 del 15 de abril, por el que se establece el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. BOE n.º 91 de 16 de abril de 1987. p 11379-83.

Trombólisis en el ictus: la accesibilidad sin garantía de seguridad es insostenible

José F. Maestre-Moreno^a, Pedro J. Serrano-Castro^b y José M. Aguilera-Navarro^c

^aUnidad de Neurología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

^bUnidad de Neurología. Hospital Torrecárdenas. Almería. España.

^cUnidad de Neurología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. España.

Correspondencia: Dr. José F. Maestre-Moreno.
H.U. Virgen de las Nieves/H.R.T. Servicio de Neurología.
Ctra. de Jaén s/n. 18013 Granada. España.
Correo electrónico: jmaestrem@meditex.es

Sr. Director:

Hemos leído con atención, y con el interés que sin duda merece, el reciente artículo de Vázquez et al¹ en el que los autores reflexionan acerca de las posibilidades de implantar en un plazo razonable y con accesibilidad, equidad y sostenibilidad la trombólisis intravenosa en el ictus isquémico.

Los autores dan por demostrada la eficacia de este tratamiento, lo que justificaría su desarrollo como estándar. Esta visión no la comparten algunos expertos, que consideran que a esta forma de tratamiento aún le queda mucho por demostrar, que en el mejor de los casos atañe a muy pocos ictus y que sería prioritario, por tanto, el abordaje de otras medidas terapéuticas que afectasen a todos o a la mayoría de los ictus, con mayor impacto final en términos de salud pública². Pero son especialmente las dudas sobre seguridad las que han hecho que la Agencia Europea para la Evaluación de Productos Medicinales (EMA) por el momento sólo haya concedido a este fármaco una aprobación provisional y condicionada para esta indicación³.

Dando por sentado que la trombólisis ha de generalizarse, los autores afirman que "ya" se dispone tanto de los recursos como de los equipos humanos adecuados necesarios para hacerlo de forma accesible y equitativa. Éstos no serían otros que los servicios de urgencias y de cuidados intensivos, que en alguna comunidad, como la andaluza, están unificados. Sin embargo, en la actualidad estos dispositivos no están desocupados, esperando a que se generalice la trombólisis en el ictus isquémico, sino que más bien podría decirse

que están desbordados por las enfermedades que ya, en estos momentos, atienden. Previéndose, como hacen los autores, magnitudes catastróficas de incidencia de la enfermedad cerebrovascular aguda, no es posible mantener que se podrá atender con los recursos y equipos humanos que ya existen, salvo que Vázquez et al consideren que los servicios de urgencias e intensivos disponen ahora de recursos excedentarios y de equipos ociosos.

Aunque el documento de la EMA restringe este tratamiento a expertos en atención neurológica ("*treatment must be performed by a physician specialised in neurological care*") (Ref. 3, p. 16), los autores afirman implícitamente que otras especialidades podrán administrar el tratamiento trombolítico con la misma calidad que la de referencia; ésta es la neurología, especialmente en España. Esta afirmación es atrevida, y desde luego no se fundamenta en ninguna prueba de calidad. En nuestro país, hasta ahora sólo los neurólogos han tratado ictus con trombólisis intravenosa de forma monitorizada; a ellos se les encomendaron los ensayos clínicos ECASS y ECASS II, y ellos están llevando adelante el ECASS III y el estudio observacional en curso SITS-MOST⁴, al que los autores se refieren sin nombrarlo. La trombólisis del ictus en manos menos adiestradas ha llevado a resultados catastróficos⁵. La formación de expertos, en ictus o en cualquier otra cosa, no se consigue con algunos cursos, sino que es la parte más difícil y cara de cualquier proceso; precisamente los neurólogos, a lo largo de su formación y de su ejercicio se desarrollan como expertos en la enfermedad cerebrovascular, incluida su fase aguda. ¿No sería entonces eficiente utilizar este recurso, y no pedirles que utilicen su condición de expertos para capacitar y acreditar a otros y retirarse discreta y generosamente? Lo que los autores proponen parece un modelo basado en determinadas series televisivas, donde facultativos sobrehumanos poseen todas las habilidades y competencias que a los propios especialistas les supone un esfuerzo continuado mantener. Los límites entre especialidades, basados en conocimientos y técnicas, no existen por capricho, y desde luego que cuando se propone su difuminación apremiando al olvido de actitudes gremiales o corporativas, no debería hacerse desde el corporativismo mismo, del que no parecen exentos los autores, si se atiende a sus propuestas y a la especialidad o actividad que ejercen o ejercieron; se echa de menos una declaración de "conflicto de intereses" por su parte.

Afirman en fin que las unidades de ictus agudo fueron ideadas para el tratamiento trombolítico, pero la verdad es que cuando se comenzaron a crear, la trombólisis apenas era un sueño; estas unidades de monitorización no invasiva consiguen sus buenos resultados por otros caminos, y se crearon precisamente cuando el modelo UCI, adonde los autores quieren ahora llevar a ¿todos? los ictus, había fracasado⁶. Más tarde, han resultado ser el escenario ideal para la trombólisis; pero es que aunque las UCI fuesen igual de eficaces para tratar el ictus, con trombólisis o sin ella, tendrían de entrada la comparación con las unidades de ictus perdida, si se consideran, como es de rigor, aspectos de coste-efectividad.

En resumen, la trombólisis intravenosa del ictus isquémico es un tratamiento de eficacia probada sólo en unas condi-

ciones de uso muy determinadas, y puede convertirse en un procedimiento de riesgo fuera de esas condiciones. Estas circunstancias son un obstáculo para la generalización de su administración, pero si se decidiese llevarla a cabo, resulta cuando menos ingenuo creer que podrá hacerse de forma amplia con los recursos actuales; éstos deberían incrementarse o, mejor aún, mejorarse con infraestructuras que incluyesen la disponibilidad de neurólogo. La intervención oportuna de éste mejora el pronóstico del ictus⁷ más allá de la mera trombólisis. No está demostrado por el momento, en absoluto, que otras especialidades puedan atender el ictus y en particular usar la trombólisis con idéntica calidad, esto es con la misma eficacia y, sobre todo, seguridad. Por fin, las UCI no pueden ser consideradas una alternativa razonable a las unidades de ictus por ser innecesariamente complejas y caras para este propósito.

Al menos uno de los autores del artículo que comentamos conoce de primera mano la aceptable experiencia de implantación de la trombólisis en un hospital que ya contaba con neurólogo de guardia⁸. En nuestra opinión, es preferible limitar su uso a los centros que dispongan de las mejores condiciones: un equipo de urgencias que haga una adecuada identificación de candidatos y active la alarma, un neurólogo que confirme el diagnóstico, cuantifique el déficit, evalúe los estudios de neuroimagen junto con el radiólogo, sienta la indicación y aproveche el valor diagnóstico y terapéutico del Doppler transcraneal, y una unidad apropiada de monitorización clínica, que puede ser la UCI, si no hay una unidad de ictus a la que hay que tender. ¿Es pedir mucho? El modelo a seguir podría ser el de las exitosas y multidisciplinarias unidades de trasplantes⁹, donde cada especialista ejerce el papel que sabe y debe ejercer, sin duplicidades, solapamientos ni exclusiones. Aunque probablemente no haga falta igual presupuesto, la Administración debe decidir si la trombólisis del ictus merece tal atención y prioridad. No deben desdenarse propuestas imaginativas, basadas, por ejemplo, en la telemedicina, pero hoy por hoy son tan experimentales como encomendar este tratamiento a especialistas que no sean neurólogos. Creemos que la seguridad debe primar sobre la accesibilidad, y sólo así será posible una verdadera sostenibilidad basada en el beneficio para los pacientes. Hay formas de organizar la atención al ictus agudo en general y su trombólisis en particular con efectividad fundamentada y demostrada¹⁰; pero, claro está, ofrecerse para hacer algo con “los recursos y los equipos humanos ya disponibles” es un canto de sirena para los oídos de la Administración sanitaria; a partir de ahí, el crecimiento imparable de quien se ofreció viene dado, por mucho que a la postre resulte insostenible.

Bibliografía

1. Vázquez G, Cabré L, Navarrete P, et al. La trombólisis en el ictus isquémico: un enfoque basado en la accesibilidad y la sostenibilidad. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20:161-4.
2. Hoffman JR. Tissue plasminogen activator (tPA) for acute ischaemic stroke: why so much has been made of so little. Has enthusiasm overwhelmed judgement? *Med J Australia*. 2003; 179:333-4.

3. The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products. 21 November 2002. Actilyse [citado 1 Jun 2005]. Disponible en: <http://www.emea.eu.int/pdfs/human/referral/334602en.pdf>
4. Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke – Monitoring Study (SITS-MOST Register) [citado 1 Jun 2005]. Disponible en <http://www.acutestroke.org>
5. Katzan IL, Furlan AJ, Lloyd LE, et al. Use of tissue-type plasminogen activator for acute ischemic stroke: the Cleveland area experience. *JAMA*. 2000;283:1151-8.
6. Langhorne P, Dennis M. Stroke Units: an evidence based approach. London: BMJ Publishing Group; 1998.
7. Davalos A, Castillo J, Martínez-Vila E. Delay in neurological attention and stroke outcome. Cerebrovascular Diseases Study Group of the Spanish Society of Neurology. *Stroke*. 1995; 26:2233-7.
8. Maestre-Moreno JF, Fernández-Pérez MD, Arnáiz-Urrutia C. Trombólisis en el ictus: consideración inapropiada del “período de ventana” como tiempo disponible. *Rev Neurol*. 2005;40: 274-8.
9. Costas Lombardía E. Dinero y trasplantes. *El País Semanal*, n.º 1485, 13/03/2005:6.
10. Álvarez-Sabín J. Eficiencia de la implantación de un sistema de atención especializada y urgente al ictus. *Inv Clin Farm*. 2004;1:39-46.

Réplica

Guillermo Vázquez, Lluís Cabré, Pedro Navarrete y Francisco Murillo

Correspondencia: Pedro Navarrete Navarro.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Servicio de Críticos y Urgencias.
Avda. Fuerzas Armadas, s/n. 18014 Granada. España.
Correo electrónico: pnavarro@ugr.es

Sr. Director:

Al contestar a la carta de Maestre et al en relación con nuestro artículo publicado en esta revista¹, nuestra intención no es polemizar más sobre el tema, sino aportar soluciones al manejo actual del ictus agudo. Actualmente no estamos ya ante una cuestión de eficacia terapéutica, y la trombólisis, como dicen Maestre et al, lo es, pero es claramente dependiente del tiempo, por lo que la accesibilidad se convierte en la variable a tratar: el verdadero problema es cómo hacer accesible este tratamiento eficaz a la mayor parte de la población que lo necesita, con criterios de equidad, para beneficiar tanto al ciudadano de una gran capital como al de un área rural, todo ello desde un escenario de calidad y, por supuesto, multidisciplinario.

Las UCI ofrecen una eficiente y extensa red asistencial para el paciente crítico en nuestro país, y en muchas comuni-

dades cada vez más integradas en el modelo organizativo de cuidados críticos y urgencias, aportando áreas físicas monitorizadas, profesionales médicos y de enfermería cuyas competencias son la atención al paciente agudo y crítico, el manejo de tratamientos farmacológicos de alto riesgo y sus complicaciones. Para estos profesionales, desde hace muchos años la trombósis coronaria es una realidad diaria. Esta propuesta no excluye de ninguna forma al neurólogo, especialista que mejor conoce el ictus pero con formación curricular limitada en las áreas de críticos, sino que lo quiere integrar en el “equipo de ictus agudo” sobre el que va a recaer la atención las 24 horas del día, y en la dirección de un comité de ictus para un seguimiento de calidad clínico-asistencial.

Para terminar, entendemos que son las administraciones sanitarias las que tienen la última palabra en el diseño asistencial del ictus agudo, con criterios de accesibilidad, eficiencia, equidad y dentro de una estructura sostenible.

Bibliografía

1. Vázquez G, Cabré L, Navarrete P, et al. La trombósis en el ictus isquémico: un enfoque basado en la accesibilidad y la sostenibilidad. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20:161-4.

Propuesta de una nueva adaptación del acrónimo RADAR

Rodrigo Gutiérrez-Fernández y Juan Fernández-Martín

Área de Atención al Usuario y Calidad Asistencial del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Toledo. España.

Correspondencia: Rodrigo Gutiérrez Fernández.
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).
Huérfanos Cristinos, 5. 45005 Toledo. España.
Correo electrónico: rgutierrez@jccm.es

Sr. Director:

Por lo general, los acrónimos suelen constituirse a partir de una combinación de palabras, o de iniciales de una serie de palabras (y en ocasiones otras letras que siguen a la inicial), con las que se forma un nombre cuyo propósito es abreviar la expresión original, facilitando una mayor difusión o comprensión. En las últimas décadas su uso se ha generalizado en el lenguaje técnico, en diferentes especialidades profesionales y en el ámbito de la Administración y de los gobiernos.

En los fundamentos del Modelo de Calidad EFQM^{1,2} se encuentra un esquema lógico denominado REDER, que está integrado y responde a las iniciales de cinco elementos: *Resultados*, *Enfoque*, *Despliegue*, *Evaluación* y *Revisión*. Los elementos Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión se utilizan al evaluar los criterios del grupo de *Agentes facilitadores* del Modelo, mientras que el elemento Resultados se emplea para evaluar los criterios del grupo de *Resultados*. De esta manera, el evaluador tendrá en cuenta si el enfoque está sólidamente fundamentado e integrado en la organización; estudiará si el despliegue es sistemático; verificará los aspectos relativos a la medición, aprendizaje y mejora de la evaluación y revisión, y tendrá en cuenta las causas, comparaciones y tendencias de los resultados.

Este esquema es de gran importancia ya que define muy claramente lo que una organización debe llevar a cabo: establecer los resultados que quiere lograr; planificar y desarrollar una serie de enfoques sólidamente fundados para poder conseguir dichos resultados; desplegar los enfoques de manera sistemática y, finalmente, evaluar y revisar los enfoques utilizados basándose en el análisis de los resultados. Evidentemente este proceso es equiparable al ciclo de mejora continua PDCA.

En inglés, el esquema lógico se denomina RADAR, y corresponde a las iniciales de los términos *results*, *approach*, *deployment*, *assessment* y *review*. El término anglosajón resulta mucho más expresivo, por las evidentes connotaciones de su significado. La palabra “radar”³ es un acrónimo acuñado durante la segunda guerra mundial, derivado de la expresión inglesa *radio detecting and ranging*, es decir, algo aproximado a “detección y medición de distancias mediante ondas radioeléctricas”.

En nuestra opinión, la expresión inglesa original es mucho más adecuada que la adaptación española, al designar de una manera más intuitiva todo el proceso señalado, aludiendo indirectamente a la idea de supervisión, control y vigilancia que se deriva del empleo del radar. Aunque la adaptación española REDER ya se ha generalizado, pensamos que sería posible realizar otra adaptación o interpretación que respetara el acrónimo RADAR original: R (resultados), A (abordaje, acercamiento o aproximación, en lugar de *enfoque*), D (despliegue), A (análisis, en vez de *evaluación*), R (revisión). De esta manera, seguiría manteniéndose el espíritu original que sugiere y remite a las ideas citadas de seguimiento, supervisión y control, obviamente relacionadas con la evaluación de la calidad y, claro está, con la tecnología de la localización y las comunicaciones.

Bibliografía

1. EFQM. Introducción a la excelencia. Bruselas: Fundación Europea para la Gestión de la Calidad; 2003.
2. Guía de autoevaluación EFQM para unidades de gestión. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud; 2004.
3. Radar [citado 26 Jul 2005]. Disponible en: <http://en.wikipedia.org/wiki/Radar>

Prevención de inoculaciones accidentales mediante la introducción de dispositivos de seguridad: un camino en marcha

Rosa Salazar^a, Cornelia Bischofberger^b y Beatriz Fernández^b

^aDirectora de Enfermería. Hospital de Guadarrama. Guadarrama. Madrid. España.

^bMedicina Preventiva. Hospital de Guadarrama. Guadarrama. Madrid. España.

Correspondencia: Rosa Salazar.
Hospital de Guadarrama. Molino del Rey, 2.
28440 Guadarrama. Madrid. España.
Correo electrónico: rosa.salazar@madrid.org

Sr. Director:

Durante décadas los profesionales sanitarios han sufrido el riesgo de transmisión de determinadas infecciones como consecuencia de una inoculación accidental. La pieza clave de los programas que tratan de disminuir este riesgo siguen siendo las recomendaciones de precauciones universales realizadas ahora hace ya veinte años. No obstante, además de aquéllas, se ha recomendado recientemente la utilización de dispositivos de seguridad¹.

En el año 2002, el Hospital de Guadarrama inició la sustitución de la línea de dispositivos para la canalización de vía venosa, extracción de sangre, gasometría y punción para test de glucosa. Para el 2003 estaba incluida toda la gama y los distintos dispositivos convencionales habían sido sustituidos.

En 2004, las inoculaciones accidentales disminuyeron; se produjeron 0,19 inoculaciones por 1.000 días de estancia en el año 2004 frente a las 0,26 del 2003 en las enfermeras y 0,02 inoculaciones en el 2004 frente a las 0,05 en el 2003 en auxiliares de enfermería. No obstante, el riesgo sigue existiendo y las cifras, especialmente en enfermeras, no son bajas. Una de cada cinco enfermeras sufre un accidente biológico cada año. Los accidentes siguen ocurriendo al recoger el material y en procedimientos en que, *a priori*, la enfermera espera un riesgo bajo de pincharse, como al administrar una insulina o hacer un test de glucemia.

El coste del seguimiento de una inoculación accidental es alto² y justifica la introducción de los dispositivos de seguridad, pero la introducción de los dispositivos por sí misma no significa que el riesgo de inoculación desaparezca³. Es preciso conocer más profundamente las circunstancias en las que el accidente ocurre para tratar de controlarlas⁴.

En nuestra experiencia, el uso de dispositivos de seguridad mejora notablemente la sensación de seguridad con la que trabaja el personal y disminuye el riesgo de inoculación y el coste personal y económico asociado al accidente. No obstante, el riesgo no desaparece y no hay que olvidar que hay que mantener el esfuerzo de formación, información y adies-

tramiento en las técnicas y procedimientos de trabajo seguro con estos nuevos materiales.

Bibliografía

1. Orden 827/2005 de 11 de Mayo. Procedimientos de seguridad y sistema de vigilancia frente al accidente con riesgo biológico en el ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid.
2. Solano VM, Hernández MJ, Montes FJ, et al. Actualización del coste de las inoculaciones accidentales en el personal sanitario hospitalario. *Gac Sanit.* 2005;19:35-9.
3. Doebbeling B. Lessons regarding percutaneous injuries among healthcare providers. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2003;24: 82-5.
4. Cullen DR, Genasi F, Goldberg D. Protecting healthcare workers from the risk of needlestick injury. 15th annual scientific meeting of the society for healthcare. *Epidemiology of America.* 2004. p. 106.

Modelos de calidad en hospitales españoles

Marta Sangüesa, Ricardo Mateo y Laura Ilzarbe
Cátedra de Calidad Volkswagen Navarra. Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Investigación financiada por la Cátedra de Calidad Volkswagen Navarra y por la Fundación Navarra para la Calidad.

Correo electrónico: msanguesa@unav.es

Sr. Director:

La gestión de la calidad se ha ido introduciendo gradualmente en la mayoría de las organizaciones de nuestro país. El ámbito de aplicación es variado y comprende empresas de todo tipo, todas han entendido que la calidad ayuda a mejorar la atención a sus clientes y la gestión de sus procesos, al mejorar los resultados de la organización. El sector sanitario es uno de los que ha comenzado con más retraso en la senda de la calidad. Pese a ello, la calidad muestra una tendencia positiva en el sector sanitario español, como ya se constataba en un estudio elaborado por AENOR en 2002¹, en el que se medían los datos de certificaciones ISO 9001 y como se comprueba mediante los últimos resultados recogidos en el Registro Español de Certificación y Acreditación Sanitaria (RECAS)². Sin embargo, ambas fuentes sólo aportan datos sobre el número de centros con reconocimientos externos y en ambos casos estos datos pueden estar infravalorados. Existen más empresas certificadoras en el primer caso, y el RECAS funciona mediante el registro voluntario de las organizaciones. Por tanto, no existen hasta el momento datos reales so-

bre el grado de implantación de los modelos en los principales hospitales españoles.

Con objeto de conocer la situación real de la gestión de la calidad en los hospitales españoles, se realizó una encuesta a los hospitales de más de 400 camas ($n = 101$)³ vía e-mail, previo contacto telefónico con el director gerente o, en su caso, con el director de calidad. La recogida de datos se llevó a cabo entre diciembre de 2004 y marzo de 2005.

Se recibieron 42 cuestionarios cumplimentados (42%). Este índice de respuesta permite extrapolar las conclusiones realizadas sobre la muestra de hospitales que han respondido a la población total de hospitales de más de 400 camas en España, con un nivel de fiabilidad del 95% (error máximo del 11,6%). La participación de las diferentes comunidades autónomas es muy variable, y oscila entre el 100% de los hospitales de Asturias, Cantabria y Baleares, el 83% de los del País Vasco, el 33% de Valencia, el 50% de Madrid, el 66,7% de Navarra, el 14% de los Andalucía, el 16% de Castilla-La Mancha y el 19% de Cataluña, o ninguno de los hospitales de Aragón. Este hecho puede suponer un sesgo a la hora de valorar los resultados obtenidos. El 86% de los hospitales participantes en el estudio son públicos. En el 83% de los cuestionarios respondió el director de calidad y en el 17% restante, el director gerente.

El 14% de los hospitales participantes no utiliza ningún modelo de gestión de la calidad. El 71,4% de los centros encuestados emplea el modelo ISO 9001. Y en casi todos los casos se utiliza en áreas concretas de la organización. En el

caso del modelo EFQM, el 69% de los centros afirma utilizar el modelo EFQM solo o en combinación con otros.

Respecto al modelo de acreditación de la Joint Commission, los datos de la propia Joint Commission muestran que sólo 1 hospital español (> 400 camas) está acreditado. Sólo un 11,9% de los centros encuestados utiliza este modelo.

En los hospitales españoles predomina el uso combinado de varios modelos de calidad (69,5%). La combinación preferida por los hospitales es el modelo ISO con el modelo EFQM (47,6%). La ISO 9001 es un modelo empleado mayoritariamente en áreas específicas (97% centros que siguen este modelo lo hacen por áreas). Por último, en el caso del modelo EFQM se detecta que el 31% de los centros que emplean este modelo lo hacen por áreas.

Bibliografía

1. AENOR Certificación y Normalización Sector Sanitario 2002. Informes AENOR; 2003.
2. RECAS 2005. Rev Calidad Asistencial. 2005;20 (2) [citado 2 Sep 2005]. Disponible en: <http://www.secalidad.org>
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Catálogo Nacional de Hospitales de España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
4. Joint Commission Internacional [citado 22 Mar 2005]. Disponible en: <http://www.jcrinc.com/international.asp?durki=7787&site=109&return=8068>