

# Situación actual de la calidad asistencial en España

## Gestión de la calidad en el Servicio Cántabro de Salud

**Emilio Pariente<sup>a</sup>, Carmen Ramos<sup>b</sup>, Trinidad Dierssen<sup>c</sup>, Jesús Esteban<sup>d</sup>, Aurora Amaya<sup>e</sup>, Carlos Rodríguez de Lope<sup>f</sup> y Guillermo Soler<sup>g</sup>**

<sup>a</sup>Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial. Servicio Cántabro de Salud. Santander. Cantabria.

<sup>b</sup>Responsable de Docencia y Calidad. Gerencia de AP Torrelavega-Reinosa. Torrelavega. Cantabria.

<sup>c</sup>Coordinadora de Calidad. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria.

<sup>d</sup>Responsable de Calidad. Gerencia de AP Santander-Laredo. Santander. Cantabria.

<sup>e</sup>Directora Asistencial. Gerencia de AP-061. Santander. Cantabria.

<sup>f</sup>Coordinador de Calidad. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

<sup>g</sup>Coordinador de Calidad. Hospital de Laredo. Laredo. Cantabria. España.

Correspondencia: Emilio Pariente Rodrigo.

Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial. SCS.

Edificio Anexo Hospital Cantabria, s/n. 39011 Santander. Cantabria. España.

Correo electrónico: epariente@dg.scsalud.es

### Resumen

Los sistemas de calidad asisten a la transición de un enfoque de calidad del servicio (garantía de calidad) a un enfoque, más estratégico, de calidad de la organización, donde paciente y profesional tienen un papel preeminente. Los modelos de gestión también han evolucionado hacia una corresponsabilidad de gestores y clínicos, para lograr unas organizaciones más eficaces y eficientes.

Esta evolución lleva al Servicio Cántabro de Salud a implantar una estrategia corporativa de "calidad en la gestión", con 2 entidades sinérgicas: el Modelo EFQM, como herramienta que ofrece un observatorio para evaluar la organización, compararla con los criterios de excelencia y detectar puntos fuertes y áreas de mejora, y como estrategia que permite orientar la mejora y nutrir los contratos de gestión posteriores.

Un reformado Contrato de Gestión, que define anualmente los procesos clave y procesos estratégicos e introduce la dinámica de auto-evaluación EFQM. Desaparece el anexo de calidad.

**Palabras clave:** Gestión de la calidad. Calidad de la gestión. Modelo EFQM.

### Abstract

Quality systems witness the transition from a focus on the quality of service (Quality Assurance) to another, strategic one, company-wide quality, where patient and professional have a pre-eminent role. Management models have also evolved towards a shared responsibility between managers and clinicians to achieve more effective and efficient organizations.

This evolution carries Cantabria Health Service to introduce a corporate strategy (Management Quality) with two synergic entities: EFQM Model: As a tool, it offers an observatory to assess the organization, comparing it with the excellence criteria and detecting strong points and areas to improve. As a strategy, it guides the improvement and nourishes subsequent clinical management contracts. A new Clinical Management Contract, that defines annually "Key Processes" and "Strategic Processes" and introduces EFQM auto-evaluation procedure. Quality Annex disappears.

**Key words:** Quality management. Management quality. EFQM Model.

"La calidad nunca es un accidente; siempre es el resultado de un esfuerzo de la inteligencia".

John Ruskin, 1819-1900

### El soporte institucional

La política de calidad asistencial en la red asistencial pública de Cantabria ha sido definida por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Se pretende ofrecer al ciudadano un servicio sanitario de alta calidad, acorde con los nuevos retos y necesidades de la sociedad actual. Para ello apuesta por el Modelo de la European Foundation for Quality Management (EFQM), como vehículo para orientar los servicios al paciente.

La Ley de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, de creación del Servicio Cántabro de Salud (SCS), separa la autoridad sanitaria de la provisión de servicios, y se reserva la

primera a la consejería responsable en materia sanitaria y la segunda al SCS. Le dota de las competencias precisas en materia de gestión de recursos humanos y económicos, y posibilita así la consolidación de un organismo capacitado para la aplicación de las nuevas técnicas y métodos de gestión sanitaria.

Dentro del SCS, el organismo que coordina las funciones de calidad es la Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial. Atendiendo al Decreto del Gobierno de Cantabria 47/2002, de 18 de abril, de Estructuras Básicas del SCS, es función de dicha Subdirección "la definición de líneas estratégicas de gestión de calidad, fijación de criterios e implantación de programas de calidad".

Las líneas estratégicas anuales del SCS, incluida la gestión de calidad, son analizadas y debatidas en las Jornadas de Definición Estratégica que tienen lugar a finales de año. En ellas participan directivos de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y los equipos directivos de la gerencia del

SCS y de las 6 gerencias que están adscritas a él (gerencias de atención primaria [AP] de Santander-Laredo, Torrelavega-Reinosa y 061, y gerencias de atención especializada [AE] del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Hospital Comarcal de Sierrallana y Hospital Comarcal de Laredo).

En dichas jornadas se desarrollan las estrategias corporativas para el año siguiente. Las conclusiones son recogidas en un documento que es el punto de partida para la elaboración de los contratos de gestión.

## Evolución del concepto de calidad

A lo largo de décadas, la cultura sanitaria ha ido construyendo unos cimientos sólidos, basados en el aseguramiento de la calidad, con aportaciones diversas que contribuían a dar solidez al entramado<sup>1</sup>: guías de práctica clínica, protocolos de diagnóstico y tratamiento, criterios de buena práctica, normas técnicas. Aportaban una mejora en los procesos de atención.

De forma añadida, se produjo un cambio estructural:

- Definición de 2 niveles de atención basada en principios de accesibilidad, equidad, eficacia, eficiencia y continuidad asistencial.

- La reforma de la AP, que mejoró la dotación del sistema en recursos estructurales y humanos, y modificó la metodología del trabajo, que pasaba a ser un trabajo planificado, basado en las necesidades de salud de la población.

No obstante, el establecimiento de normas y estándares relativos a la estructura y el proceso no ha conseguido evitar los problemas de calidad que se detectan en los sistemas sanitarios. Las causas parecen obedecer a 2 factores: por un lado, el sistema de calidad se ha estructurado desde un planteamiento puramente técnico (las normas son elaboradas por expertos que, a su vez, son los encargados de evaluar la práctica y acreditar o certificar los servicios), olvidando el contexto cultural en el que tienen que aplicarse. Por otro, la creciente participación de los pacientes en la toma de decisiones médicas comporta una necesaria utilización de variables de resultados relevantes para el propio paciente –como puede ser la satisfacción con el servicio recibido– y no limitarse al uso de variables de proceso o resultados en parámetros biológicos utilizados habitualmente en estudios de eficacia.

Los rápidos cambios sociales, económicos y tecnológicos hacen que los sistemas de calidad tengan que adaptarse rápidamente y adoptar modelos de gestión “descentralizados”, en los que tan importantes son las intervenciones o los servicios que se prestan, como la forma en que se prestan.

La conjunción de todos estos factores hace que de forma imparable se esté asistiendo a la transición de un enfoque de *calidad del servicio* (proporcionado por el aseguramiento, y que lógicamente habrá que consolidar y potenciar) a un enfoque más amplio, más global, de *calidad de la organización*.

Hace 10 años, el profesor Avedis Donabedian<sup>2</sup> desglosaba las similitudes y diferencias entre el clásico enfoque de la garantía de calidad y el nuevo modelo que provenía del ámbito empresarial: “Al explorar los detalles del modelo industrial,

no se descubre un mundo diferente. Descubrimos, quizás con aprecio, que dando un rodeo hemos llegado a casa otra vez. (...) El modelo industrial viene a nosotros con tambores y trompetas, hablándonos en una lengua extraña, llena de aforismos y lemas llamativos. Pero, a pesar de esta parafernalia, el modelo industrial es, en esencia, auténtico, sincero y serio. Dice: Cuida la calidad. Primero pon tu corazón en ello, después tu mente y el resto vendrá por añadidura”.

De esta forma, la calidad pasa de un plano esencialmente técnico y operativo (el servicio y las normas de buena práctica en que se sustenta) a un plano estratégico, como elemento de gestión integral de todas las actividades.

En este punto interviene el Modelo EFQM, basado en los *conceptos fundamentales de la excelencia*: orientación hacia los resultados; orientación al cliente; liderazgo y constancia en los objetivos; gestión por procesos y hechos; desarrollo e implicación de las personas; aprendizaje; innovación y mejora continuos; desarrollo de alianzas, y responsabilidad social.

Las ventajas que aporta el modelo son las siguientes<sup>3</sup>: es un *instrumento genérico y flexible*, de forma que puede ser utilizado tanto en la totalidad de la organización como en diferentes unidades o servicios; tiene un *carácter no prescriptivo*, en el sentido de que la aplicación del modelo no dicta lo que hay que hacer, sino que debe ser cada unidad la que decida las acciones a emprender: las características propias de cada organización pueden determinar el camino a seguir; tienen un carácter *sistemático, periódico y altamente estructurado*, de forma que se revisan de forma lógica y ordenada todos los aspectos de una organización con repercusión sobre su calidad; la atención se dirige a la *globalidad de la organización*, y es más enriquecedora, realista y eficiente que los abordajes que se dirigen a aspectos concretos o puntuales.

La incorporación del aprendizaje adquirido tras la evaluación del impacto de los planes de mejora confiere al modelo un carácter dinámico que posibilita adaptarse a las necesidades cambiantes de los grupos de interés. De esta forma se supera el carácter estático que establece el aseguramiento de un determinado nivel de calidad.

## Evolución de los conceptos de gestión

Con el inicio de la gestión profesional, que se desarrolla en un contexto donde la sociedad exige el control de un gasto de crecimiento vertiginoso, el poder en los centros se desplazó desde los clínicos hasta los gestores. Paralelamente, los clínicos, alejados de los núcleos de decisión por desinterés –cuando no por voluntad explícita de los gestores– fueron desentendiéndose de la gestión.

Se asistió a una desintegración interna entre los profesionales y la institución, y se culpó a la gestión como la causa de todos los males del funcionamiento de los centros sanitarios.

La asistencia sanitaria se producía sin una correspondencia entre responsabilidad real y autoridad delegada para ejercerla, con decisiones centralizadas que no se tomaban en el lugar más rico de información. Se relegaba a un segundo

plano el control interno de cada profesional y se exageraba el control externo del gestor.

Esta situación, unida a unos factores externos de indudable peso (recursos estables o decrecientes, expectativas en aumento de la sociedad, presión asistencial creciente) ha llevado al convencimiento de que las organizaciones han de buscar por sí mismas soluciones más eficaces y de que en los profesionales subyace un amplio potencial de mejora de la organización.

Se abre una nueva etapa, caracterizada por la integración y el desarrollo de la organización mediante el autocontrol de los recursos, la autonomía responsable (*empowerment*) y la corresponsabilidad del clínico y del gestor en el liderazgo de equipos humanos.

Las organizaciones sanitarias, para ser eficientes, deben ser eficaces. Ello pasa por un aumento del papel del gestor en la actividad clínica, y del clínico en la gestión de los recursos.

### Fusión de los conceptos de calidad y gestión: la mejora

La evolución de ambas perspectivas (calidad y gestión) nos lleva a un territorio que participa de ambos, donde los límites de una y otra son indistinguibles.

Calidad y gestión no son 2 esferas diferentes, sino 2 ámbitos superpuestos. Pasan a ser componentes de un único concepto, donde ambos se potencian y en el que el todo es más potente que la suma de las partes (fig. 1).

Operativamente, para abordar este nuevo escenario, el SCS introduce cambios en el Contrato de Gestión y adopta un

modelo global de mejora organizacional. Como veremos, ambos se complementan y potencian.

En este nuevo escenario, un reformado Contrato de Gestión y el Modelo Europeo de Excelencia son los anclajes de la estrategia corporativa del SCS.

### *El nuevo Contrato de Gestión*

El Contrato de Gestión, como exponente máximo de la planificación operativa, ha sido un instrumento clave en la modernización de nuestras organizaciones sanitarias, pues ha supuesto:

- Un vehículo relacional entre actividad y presupuesto.
- Una transparencia de las obligaciones.
- La clarificación de los objetivos.
- Profundizar en la autonomía de los profesionales.
- Una aceptable estrategia de participación.

En sus 10 años de vida ha sido una herramienta dinámica que ha ido adaptándose a los nuevos entornos. Desde la perspectiva del SCS, si la *justificación* a principios de los noventa era la mejora de la eficiencia, en la actualidad, además de la eficiencia, destacan también:

- La vinculación de las personas con la organización.
- La orientación al paciente.

Si los *contenidos*, en un principio, iban orientados hacia la gestión de los recursos, actualmente el enfoque es la gestión de los procesos.

Se definen anualmente los “procesos clave” (realizados en el paciente, que definen nuestra misión) y los “procesos estratégicos” (apoyan, dan soporte y contribuyen a la consecución de los procesos clave). Cada uno de ellos tiene asociada una ponderación. El cumplimiento, tanto en procesos clave como en procesos estratégicos, se cifra en el logro de un porcentaje determinado de la puntuación total posible.

En los últimos años, aparecen de forma constante gestión de procesos entre niveles, vías clínicas y unidades de gestión clínica.

Si inicialmente, los *objetivos* se planteaban en actividad asistencial y consumo de recursos, en la actualidad se persiguen objetivos de mejora ligados a estrategias amplias, que incluyen objetivos ligados a resultados de las intervenciones y satisfacción de pacientes y profesionales.

### *Dinámica ascendente de los contratos*

Se ha avanzado en lo que podríamos denominar “particularización” de los contratos. Con el fin de aunar tanto la estrategia corporativa como la de la gerencia de AP o AE, se ha querido establecer una dinámica ascendente, incorporando al contrato los contenidos de áreas de mejora surgidos del análisis EFQM.

### *Desaparición del anexo de calidad*

Si la calidad es algo consustancial a cualquiera de nuestras actividades, ¿qué sentido tiene mantenerla como un anexo o programa aparte, desvinculado de actividad?, ¿por qué perpetuar nosotros mismos la fase de “gestión de la calidad”? Esta fase (gestión de la calidad) ha sido muy conveniente en nuestras organizaciones, pues ha permitido introducir la cali-

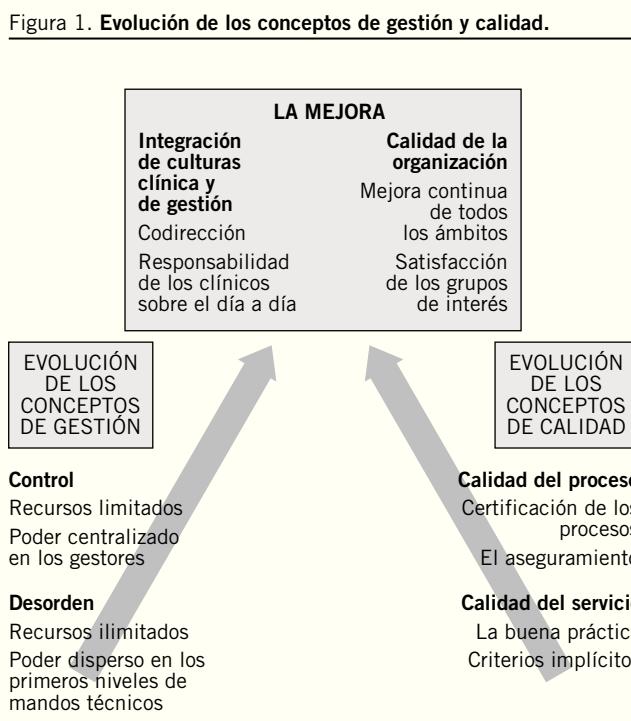
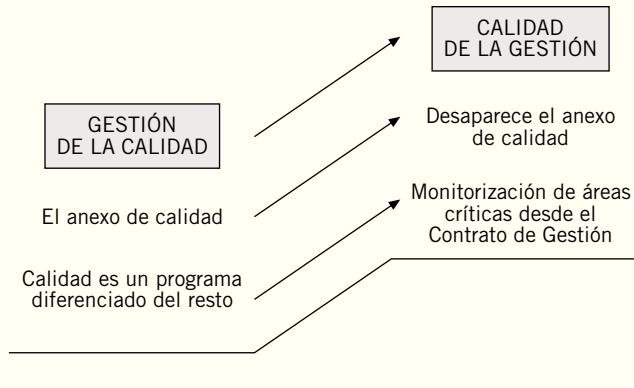


Figura 2. De la gestión de la calidad a la calidad de la gestión.



dad y su metodología en los hospitales y primarias. Ahora bien, llega un momento en que hay que dar el siguiente paso. Si la calidad sigue siendo un anexo –aunque cada año sea más extenso–, nunca se expresará con todo su potencial.

Entendemos que desde el Contrato de Gestión se puede monitorizar áreas críticas y así, ya en los contratos 2003 entre la gerencia del SCS y las gerencias de AP y AE, desapareció el anexo de calidad (fig. 2).

#### **El Modelo Europeo de Excelencia**

El Modelo EFQM tiene la doble condición, ser una herramienta y ser una estrategia.

#### *Herramienta de autoevaluación*

Todas las gerencias del SCS, con arreglo a su situación de partida, están iniciando la dinámica EFQM (autoevaluación/mejora/nueva autoevaluación).

La autoevaluación es cualitativa y cuantitativa. Se recurre a la puntuación como elemento de trabajo interno del grupo, que posibilita las comparaciones futuras de una organización consigo misma, si bien no debe trascender la puntuación. Éste es un aspecto que consideramos importante. Conviene tener presente, en organizaciones aún no maduras en este terreno, el posible efecto perjudicial o de descrédito de la herramienta que puede acarrear tener una puntuación “baja” o “más baja que el hospital, la gerencia o el equipo de AP (EAP) de al lado”<sup>4</sup> (con el tiempo y la madurez que se vaya adquiriendo con el modelo, no se descarta la evaluación externa y hacer públicas las puntuaciones).

#### *Estrategia global de mejora*

Las potencialidades del Modelo EFQM van más allá de un modelo de calidad y lo convierten en una estrategia global de mejora organizacional. No es ajeno a lo que hacemos día tras día, independientemente del lugar que ocupemos en la organización. Es aplicable a cualquier profesional individual, a cualquier unidad o servicio, a cualquier organización (tabla 1).

El Modelo EFQM nos permite dar respuestas adecuadas a la doble necesidad de calidad del servicio y de calidad de la organización.

#### **Sinergias entre el Contrato de Gestión y el Modelo EFQM**

La conexión de ambos elementos es una de las claves de la estrategia del SCS. Dicha interrelación genera una serie de sinergias. La dinámica EFQM (autoevaluación, mejora, nueva autoevaluación) se incluye en el Contrato de Gestión de cada gerencia. Establecer esta dinámica supone un 15% de la puntuación del total asignado a los procesos estratégicos, así se facilita, por tanto, el cumplimiento de la puntuación pactada y, por ende, del contrato. Por otro lado, con una adecuada planificación y enfoque del Contrato de Gestión mejora la posición de la organización respecto a varios criterios del Modelo EFQM.

La figura 3 muestra las interrelaciones entre ambos.

#### **Enfoques específicos en ambos niveles**

##### **Atención especializada**

El planteamiento de la calidad como un proceso sistemático de actuación para la mejora asistencial comienza en 1997 con la creación de la figura del Coordinador de Calidad en los centros hospitalarios de la red INSALUD. Se pretendía así implantar un sistema homogéneo de monitorización de indicadores “clave” de la asistencia sanitaria.

Entre los años 1997 y 2001, los indicadores de calidad conformaban un anexo en el Contrato de Gestión del hospital. Con mayor o menor grado de desarrollo en los 3 hospitales, las dimensiones a las que iban destinados los esfuerzos eran:

- *Calidad científicotécnica*. Estrategias de reducción de la variabilidad con arreglo a la evidencia disponible: desarrollo de protocolos asistenciales e implantación de vías clínicas, especialmente en los hospitales Sierrallana (Torrelavega) y Laredo.

- *Efectividad/eficiencia*. Evaluación del uso racional de alta tecnología y de la adecuación de la estancia hospitalaria.

- *Sistemas de información y continuidad asistencial*. Informes médicos y de enfermería al alta, plan de información.

- *Seguridad*. Monitorización de efectos adversos (infección nosocomial, caídas, úlceras por presión, reingresos urgentes, mortalidad). Certificación ISO en servicios centrales (Hospital Valdecilla).

- *Satisfacción del usuario*. A través de las encuestas de hospitalización, hojas de reclamaciones y sugerencias, encuestas específicas de las vías clínicas.

En la actualidad continúan operativas las líneas previas pero se puede hablar de iniciativas específicas, propias de cada hospital.

##### *Hospital Sierrallana*

- Creación del Grupo de Mejora Continua, formado por profesionales de todos los estamentos, que centraliza las actividades en calidad.

Tabla 1. Ejemplos prácticos de aplicación de los criterios del Modelo EFQM

El equipo de atención primaria (EAP)	El hospital	Criterio EFQM
Se han definido los procesos clave del centro, con sus indicadores y responsables	El hospital ha puesto en marcha un plan para desarrollar vías (trayectorias) clínicas en varios procesos	5. Procesos
Se realizan evaluaciones sistemáticas de la percepción de los pacientes mediante una encuesta de satisfacción. Se ha establecido una línea de trabajo en técnicas cualitativas (grupos focales)	Se dispone de resultados anuales en las diferentes encuestas de satisfacción, que son utilizados para la mejora	6. Resultados en los clientes
Hay resultados de una encuesta de clima organizacional en el EAP, y del porcentaje de profesionales que participan en grupos de mejora	Los resultados de la encuesta de clima laboral permiten conocer los puntos fuertes y débiles de la organización	7. Resultados en las personas
Los resultados económicos y asistenciales son analizados. Entran en ciclos de mejora los resultados que se muestran más débiles	Los resultados asistenciales muestran tendencias positivas en algunos aspectos. Todos los resultados son analizados, comparados con los de hospitales similares e incorporados a la mejora	9. Resultados clave
El EAP ha elaborado varios protocolos con el servicio de urgencias del hospital, para mejorar la atención de los procesos urgentes	El hospital, junto con la gerencia de AP, ha diseñado una estrategia de "especialista consultor": facultativos de varias especialidades se desplazan a los centros de salud del área	4. Recursos y alianzas
El EAP tiene contacto periódico con una ONG para el reciclado de residuos	El hospital ha logrado recientemente la certificación ISO 14001, con lo que se refuerza su sistema de gestión medioambiental	8. Impacto en la sociedad
Los responsables de programas tienen claramente sistematizadas sus funciones para ejercer el papel de referencia en ese ámbito para el equipo	Todos los directivos y jefes de servicio del hospital han recibido formación en gestión por procesos	1. Liderazgo
Hay un plan de formación continuada basado en las necesidades, y se evalúa la eficacia de dicha formación sobre el desempeño	Con ayuda de varios grupos de trabajo pluriestamentales, la dirección del hospital ha elaborado un plan de gestión por competencias	3. Gestión de las personas
El coordinador ha sistematizado la memoria de cierre de año, donde el EAP analiza todos los resultados del ejercicio, y sirve de ayuda a la planificación del centro	La gerencia del hospital ha profundizado en la DPO, pactando objetivos con todos los servicios y llegando a objetivos individuales en determinados casos de todos los estamentos	2. Planificación y estrategia

DPD: dirección por objetos.

– Consolidación de una línea específica de la recepción de las opiniones de los pacientes<sup>5</sup>.

– Autoevaluación EFQM en 2002, a consecuencia de la cual se impulsa una línea de trabajo sobre el entorno (plan medioambiental), la colaboración con ONG en dicho plan, y una línea de trabajo sobre los profesionales: *a) implantación de una encuesta de clima laboral (2003), y b) desarrollo de Intranet "Erudinet"* (en referencia a Erudino, dios de la mitología cántabra).

#### Hospital de Laredo

– Impulso de las vías clínicas o mapas de cuidados, como herramienta de gestión por procesos.

#### Hospital Marqués de Valdecilla

– Desarrollo de vías clínicas.  
– Certificación ISO de servicios centrales (anatomía patológica, análisis clínicos).

#### Atención primaria

Las 2 gerencias de atención primaria han tenido 2 experiencias similares: comparten una cultura de evaluación proveniente de la época del INSALUD, fuertemente centrada en

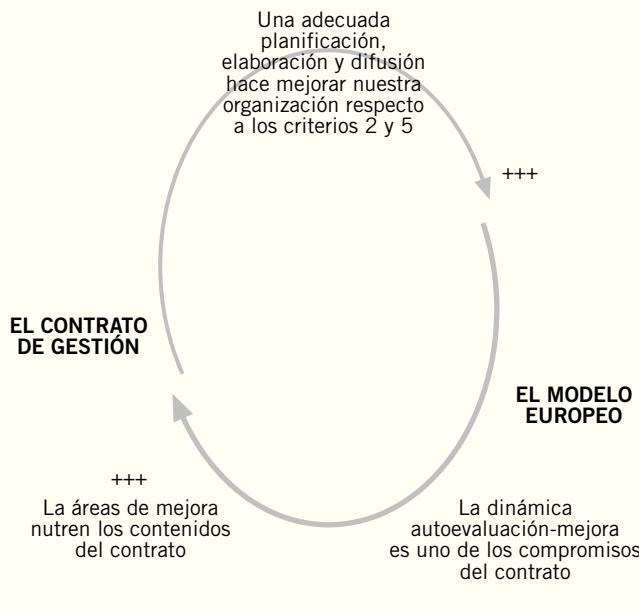
el componente científico-técnico (esencialmente ciclos de mejora en cartera de servicios).

Por otro lado, desde mediados de los años noventa (1994 en Santander-Laredo y 1996 en Torrelavega-Reinosa), ambas áreas han tenido experiencias de comisiones de mejora continua (CMC) en los EAP. Las CMC eran multidisciplinarias y estaban fuertemente enfocadas hacia aspectos organizativos. Con el tiempo, muchas de ellas fueron desapareciendo, tanto más cuando su actividad no quedaba recogida en los objetivos anuales de las unidades (los contrato-programa de entonces no contemplaban estas actividades).

Podemos mencionar las siguientes iniciativas específicas:

*A. Gerencia de AP Torrelavega-Reinosa.* Con un desarrollo gradual desde 1996, el Plan de Calidad<sup>6</sup> adopta el enfoque definitivo "3P" (pacientes/profesionales/procesos) en 1999. La comisión de calidad de Área –presidida por un miembro del equipo directivo y con la participación de los responsables de calidad de los EAP– impulsa y coordina las actividades. Se implementan ciclos de mejora en los 3 ámbitos: *a) pacientes, encuesta anual de satisfacción de usuarios, desde 1998; b) profesionales, encuesta de clima organizacional CVP-35 (1999 y 2001), y c) procesos, Plan de Calidad*

Figura 3. Sinergias entre el Contrato de Gestión y el Modelo EFQM.



anual de cada EAP, abarcando estrategias amplias (registros, historia informatizada, normas técnicas, organización, planes de enfermería). Los planes de calidad van cobrando más importancia en los contratos de gestión, y su cumplimiento se liga a incentivos. En total, se han desarrollado 53 planes, de los cuales el 75,4% cumplió sus objetivos.

Dos miembros del equipo directivo de la gerencia participan en una iniciativa de Sacyl que concluye en 2003 en la "Guía adaptada del modelo EFQM a Atención Primaria". Completando el enfoque 3P, adopción del Modelo EFQM como estrategia global de mejora. Primera autoevaluación (2002), se desarrollan 32 acciones de mejora. El formato elegido es de autoevaluación del área, no de EAP, entendiendo que es a nivel del área donde la herramienta se muestra más útil. Al igual que el resto de las actividades del Plan de Calidad, es nuevamente la Comisión de Calidad de Área que centraliza la autoevaluación.

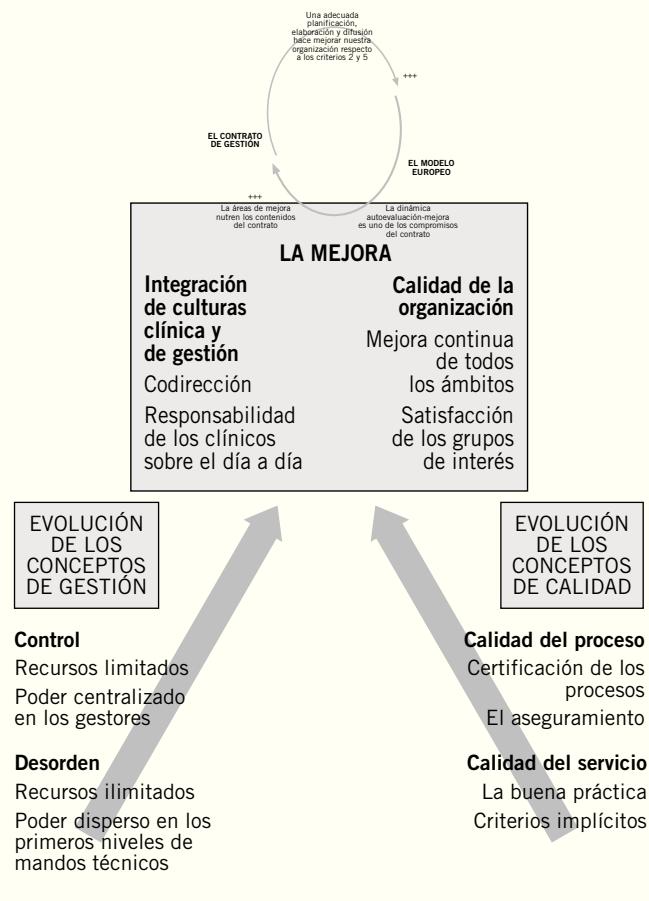
*B. Gerencia de AP Santander-Laredo. Desarrollo de proyectos de mejora concretos que, asimismo, van tomando peso progresivo en los contratos de gestión de los EAP.*

Autoevaluación EFQM en 2003, con el formato similar al de la gerencia de AP Torrelavega-Reinoso: empleo de la "guía adaptada del Modelo EFQM a AP" y autoevaluación en el área.

En ambas gerencias se plantean las siguientes líneas:

- Introducir la metodología de trabajo EFQM en los EAP.
- Paulatina incorporación de la explotación de datos de la historia informatizada en la actividad cotidiana del EAP, como método de trabajo y de mejora de la asistencia.
- Traslado progresivo del énfasis hacia resultados en procesos de calidad y un responsable de calidad por EAP,

Figura 4. Gestión de la calidad en el Servicio Cántabro de Salud.



más que en la existencia de grupos estables. (En su día confundimos la mejora con la gestión de la calidad: las comisiones de calidad son un medio. Cometimos el error de creer que eran un fin<sup>7</sup>.)

*C. Gerencia de AP-061. La Gerencia de AP-061, en el Contrato de Gestión 2003, establece sus estándares como organización siguiendo el enfoque "3P": pacientes, encuesta de conocimiento del servicio, encuesta de satisfacción, gestión de reclamaciones; profesionales, plan de formación, plan de comunicación, estimulación; procesos, registros generales y específicos, tiempos de respuesta, valoración de la adecuación de movilizaciones de UVI, actualización de árboles de decisión, protocolos, acontecimientos centinela.*

La gerencia ha iniciado la dinámica autoevaluación/mejora con el modelo, completando la primera autoevaluación EFQM en 2003.

La estrategia global del SCS en gestión de la calidad, por tanto, bascula sobre 2 ejes (fig. 4): monitorización de áreas críticas desde el apartado de actividad del Contrato de Gestión, donde se ha eliminado el anexo de calidad. La dinámica iterativa evaluación/mejora/revaluación que aporta el

modelo europeo (estrechamente unida al Contrato de Gestión) permite desarrollar con todo su potencial las importantes aportaciones de la calidad en la mejora de la organización.

## Bibliografía

1. Uris J. Certificación y acreditación en los centros de salud. FMC 2000;7(Supl 7):157-72.
2. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Rev Calidad Asistencial 1994;1:31-9.
3. Grupo de Trabajo. Guía de autoevaluación en atención primaria. Cuestionario adaptado para la aplicación del Modelo Europeo de Excelencia. Valladolid: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2003.
4. Pariente E. Experiencia de autoevaluación con el Modelo Europeo de Excelencia en la gerencia de atención primaria Torrelavega-Reinosa. Rev Calidad Asistencial 2003;18:374-8.
5. Herrera-Carral P, Robles-García M, Dierssen T, Díaz-Mendi A, Rodríguez-Rodríguez M, Rodríguez-Cundín P. Cuéntame cómo te ha ido. Háblame de lo que has encontrado. Rev Calidad Asistencial 2003;18:405.
6. Ramos C, Pariente E. Plan de Calidad de la gerencia de AP Torrelavega-Reinosa: Resultados tangibles e intangibles. Rev Calidad Asistencial 2003;18:420.
7. Marquet R. Factores de éxito/fracaso de los planes de calidad en APS. Rev Calidad Asistencial 1998;13:367-8.