

Mejora en la calidad asistencial en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)

Juan Fernández-Martín, Rodrigo Gutiérrez-Fernández, José María Marín-Rubio, Blanca Parra-Vázquez y Carlos Royo-Sánchez

Dirección Gerencia. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Toledo. España.

Correspondencia: Juan Fernández Martín.
Jefe de Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria.
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).
Huérfanos Cristinos, 5. 45071 Toledo. España.
Correo electrónico: jfernandezm@jccm.es

Resumen

La actual tendencia en la gestión de la calidad aconseja adoptar un Modelo 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 servicios. El nuevo Plan de Calidad en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) comienza el ajuste hacia el modelo EFQM, y contribuye al desarrollo de los objetivos fijados por el Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2010.

Además del Plan de Calidad, el SESCAM ha desarrollado distintas iniciativas que inciden claramente en la mejora continua de la calidad. De ellas, hay que destacar: la aprobación e implantación de la Ley de Garantías en Atención Sanitaria Especializada; el Plan de Inspección; el Plan de los Pequeños Detalles, y por último, el desarrollo de las tecnologías de la información.

Transcurridos algo más de 2 años desde que el SESCAM asumió la responsabilidad de gestionar los servicios sanitarios públicos, los resultados alcanzados y la opinión mayoritariamente expresada entre los ciudadanos y los propios profesionales han venido a demostrar la capacidad técnica y humana de la organización.

En el futuro inmediato, sólo desde una práctica profesional eficiente, orientada a la excelencia y centrada en las necesidades de los pacientes será posible prestar una atención sanitaria que garantice la equidad y dé respuesta a las diferentes demandas que se plantean en una sociedad abierta, plural y en cambio constante.

Palabras clave: Gestión de calidad. Servicio Regional de Salud. Gestión de listas de espera.

Introducción

De la mejora de la calidad a la gestión de la calidad total

En general, la mejora de la calidad ha sido contemplada como una actividad más del sistema sanitario, articulada en objetivos que se evaluaban de forma independiente al resto de los objetivos de la institución. Sin embargo, la actual tendencia en la gestión de la calidad aconseja adoptar un Modelo de Gestión de la Calidad Total, que supere el actual sistema, 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 servicios. En este sentido, el nuevo Plan de Calidad en el SESCAM comienza el ajuste hacia un modelo moderno de gestión de la calidad

Abstract

The current trend in quality management consists of incorporating a model of Total Quality Management so that the results of all an organization's activities are improved and excellence in service provision is achieved. The new Quality Plan of the Health Service of Castilla-La Mancha (SESCAM) is the first step in adaptation to the EFQM model in compliance with the 2002-2010 Health Plan of this region.

In addition to the Quality Plan, the Regional Health Service has developed several initiatives to improve the quality of the health care. Notable among these initiatives are the approval and implementation of the Law of Specialized Health Care to reduce waiting lists, the Health Inspection Plan, the Small Details Plan, and lastly, the development of information technologies.

After two years of existence, the SESCAM has been favorably evaluated by health professionals and the general public.

In the near future, efficient professional practice, directed at achieving excellence and centered on patients' needs, will be the only way to guarantee equity and meet the expectations of an open, plural and changing society.

Key words: Quality management. Regional Health Service. Waiting list management.

(EFQM), que contribuye al desarrollo de los objetivos fijados por el Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2010. Mediante una aproximación al modelo EFQM, el nuevo Plan trata de conjugar la experiencia previa acumulada por el INSALUD y el SESCAM con las nuevas tendencias en gestión de la calidad. Además, el SESCAM ha desarrollado otras iniciativas que inciden directamente en la mejora de la calidad asistencial. En este trabajo se exponen el Plan de Calidad y el resto de las iniciativas relacionadas.

La calidad como compromiso institucional

El Decreto 1/2002 de estructura orgánica y funciones del SESCAM determina que corresponde a la Dirección de Gerencia del Servicio de Salud el establecimiento de políticas

encaminadas al fomento de la calidad en la atención sanitaria de los ciudadanos de Castilla-La Mancha¹. Por su parte, el Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2010 obliga a alcanzar un modelo integrado de resolución de los problemas de salud, dirigido a conseguir la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias con niveles de excelencia. El objetivo 7.6.6 de este Plan señala que se debe 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. Por lo tanto, el Plan de Calidad no debe descuidar el aspecto tradicional de medida, es decir, la evaluación anual de una serie de objetivos considerados clave. Al mismo tiempo, el marco de gestión descentralizado permite acercar la asistencia a las necesidades de los ciudadanos². La mayor proximidad al usuario debe permitir que sus demandas y preferencias sean más importantes en el diseño de los servicios asistenciales^{3,4}.

El Plan de Calidad del INSALUD-SESCAM 2003

A lo largo del año 2002 se diseñó un Plan de Calidad integrado para el SESCAM, que contemplaba objetivos de mejora en atención primaria (AP), atención especializada (AE) y urgencias, emergencias y transporte sanitario. Este Plan de Calidad del año 2003 actualizaba diversos aspectos de las experiencias de mejora previas. 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 AP, estándares, objetivos e indicadores de AE, objetivos de urgencias y emergencias, y objetivos de continuidad de cuidados. Este Plan fue evaluado a finales del año 2003, y los resultados mostraron una mejora moderada respecto a años anteriores.

Estrategias de gestión de la calidad en el SESCAM: el nuevo Plan de Calidad

El diseño del nuevo Plan de Calidad

Durante el año 2003, 2 grupos de trabajo constituidos por profesionales expertos en calidad asistencial de diversos ámbitos del SESCAM, y por un representante de los usuarios, trabajaron conjuntamente con el Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria del SESCAM en el diseño del nuevo Plan de Calidad 2004. Este nuevo Plan simplificaba la estructura del anterior, si bien mantiene casi todos los objetivos e incorpora algunos nuevos. Estos últimos estaban condicionados por compromisos del SESCAM con la Consejería de Sanidad; por avances legislativos, como la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente⁵, y por aportaciones y sugerencias planteadas en los grupos de trabajo y por los coordinadores y responsables de calidad de los centros del SESCAM a lo largo del año 2003. El Plan de Calidad sigue teniendo en cuenta los elementos esenciales de la gestión de la calidad total: liderazgo, mejora continua⁶, adhesión de los profesionales, circulación

de la información, gestión de procesos, control de los costes económicos^{7,8} y satisfacción del paciente^{9,10}.

Estructura del nuevo Plan de Calidad 2004

En el Plan de Calidad 2004, casi todos los antiguos objetivos y estándares del Plan de Calidad del INSALUD y del SESCAM se transforman en objetivos de mejora¹¹. Dichos objetivos se clasifican siguiendo el modelo EFQM, según los criterios y subcriterios correspondientes¹². En cada criterio, se introduce primero el modelo de forma literal y, posteriormente, se explicitan los objetivos del Plan de Calidad del SESCAM que corresponden a dicho criterio (ordenados por subcriterios). En realidad, algunos objetivos se relacionan con más de un subcriterio, pero se ha seleccionado aquel que se consideraba más relacionado (si bien esta clasificación en algunos casos puede ser discutible). Al final, se mantiene un apartado específico de monitorización de indicadores. Por lo tanto, no se trata de aplicar el modelo EFQM de forma estricta, sino de utilizarlo como referencia para clasificar los objetivos que se venían evaluando en el Plan de Calidad anterior (y los nuevos). Asimismo, se aprovechó la oportunidad para actualizar en parte los objetivos de mejora.

Se simplificó la estructura del Plan de Calidad del año anterior, que separaba los objetivos por nivel asistencial. En el Plan de Calidad 2004, se presentan todos los objetivos de forma conjunta. Sin embargo, cada objetivo debe ser abordado desde uno o varios niveles (raramente desde todos a la vez): AP, AE, urgencias y emergencias, oficinas provinciales de prestaciones y servicios centrales. Se contempla por primera vez la participación de las oficinas provinciales de prestaciones. Los objetivos a abordar y evaluar desde cada nivel concreto se presentan en la tabla 1.

Tradicionalmente, el Plan de Calidad ha estado centrado de forma casi exclusiva en la actividad desarrollada por los profesionales sanitarios. El nuevo Plan de Calidad trata de ir incorporando progresivamente a todos los trabajadores de la organización. Por ello, se amplía el ámbito de algunos de los objetivos para incluir a los servicios y áreas no asistenciales del SESCAM. Los objetivos se dividen en 2 grandes grupos: los incluidos en el Contrato de Gestión, que deben ser evaluados durante el año 2004, y los objetivos complementarios, cuya evaluación es voluntaria.

Evaluación del Plan de Calidad 2004

La adaptación al modelo EFQM no ha contemplado la aplicación de la metodología de evaluación propia de dicho modelo. Por el momento, continuará aplicándose la evaluación tradicional utilizando la metodología ya desarrollada. Ello no impide que los centros que lo consideren oportuno puedan aplicar una autoevaluación o una evaluación externa EFQM, complementaria a la institucional. En cada objetivo se incluyen 2 apartados: la metodología de mejora, consistente en experiencias, estrategias y herramientas que permiten obtener mejoras en el área de interés, y la metodología de evaluación, basada en la de años anteriores.

Tabla 1. **Objetivos del Plan de Calidad del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)**

Objetivos	AP	AE	UET	OPP	SSCC
1. Liderazgo					
Objetivo 1b.1. Lograr el liderazgo en calidad de la gestión por parte del equipo directivo	•	•	•	*	*
Objetivo 1d.1. Disponer de un coordinador de calidad asistencial	•	•	•	*	
Objetivo 1d.2. Lograr la integración funcional de los distintos profesionales de la unidad de calidad	•	•	•	*	
2. Política y estrategia					
Objetivo 2b.1. Participar en proyectos de evaluación y mejora de la calidad asistencial nacionales					*
Objetivo 2b.2. Mantenimiento de un registro de proyectos de mejora de la calidad	•				
Objetivo 2c.1. Desarrollar un sistema de alerta para la detección de pacientes portadores de gérmenes resistentes		*			
Objetivo 2c.2. Desarrollar un sistema de vigilancia y control de la contaminación microbiológica del medio ambiente hospitalario		*			
3. Personas					
Objetivo 3b.1. Aumentar el número de profesionales formados en calidad asistencial	•	•	•	*	*
Objetivo 3c.1. Mantener la Comisión de Calidad	•	•	•		
Objetivo 3c.2. Mejorar el funcionamiento de las comisiones clínicas y los grupos de mejora	•	•	•	*	
Objetivo 3d.1. Establecer un plan de comunicación interna	•	•	•	*	*
Objetivo 3e.1. Plan de recepción al nuevo trabajador	•	•	•	*	*
4. Alianzas y recursos					
Objetivo 4a.1. Lograr que los centros concertados dispongan de un Plan de Calidad					*
Objetivo 4d.1. Mejorar la utilización de RNM y TAC de acuerdo a protocolo		•			
Objetivo 4e.1. Elaborar y poner a disposición de los ciudadanos la Carta de Servicios					*
Objetivo 4e.2. Divulgar a los ciudadanos algunos aspectos del Plan de Calidad del SESCAM a través de un portal de Internet					*
Objetivo 4e.3. Todos los centros dispondrán de un documento que describa la oferta de servicios del centro: guía de información al usuario (objetivo del CG Consejería de Sanidad-SESCAM 03-04)	•	•	•	*	
Objetivo 4e.4. Todos los servicios del centro que lo precisen deben tener un Plan de Información de acuerdo a la Guía de Información al Paciente		•			
5. Procesos					
Objetivo 5a.1. Introducir guías de práctica clínica acreditadas	•	•	•		
Objetivo 5a.2. Mejora de la implantación y evaluación de los protocolos de cuidados de enfermería en el paciente sondado		•			
Objetivo 5a.3. Aplicar los cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo		•			
Objetivo 5a.4. Mejorar el proceso de donación y trasplante de órganos		•			
Objetivo 5a.5. Implantar protocolos no asistenciales		•	•		
Objetivo 5a.6. Establecer protocolos de actuación con AE en el 100% de las zonas básicas de salud	•	•			
Objetivo 5a.7. Implantar el programa de seguimiento de altas hospitalarias (objetivo incluido en el Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2010)	•	•			
Objetivo 5a.8. Creación de registros de implantes en todos los centros del SESCAM					*
Objetivo 5b.1. Elaborar o adaptar y actualizar la guía farmacoterapéutica		•			
Objetivo 5b.2. Disponer de un Protocolo de Equivalentes Terapéuticos		•			
Objetivo 5b.3. Aumentar la implantación y la evaluación de vías clínicas/sistemas de gestión de procesos	*	•		*	
Objetivo 5b.4. Establecer un programa de visita de médico general/pediatra/DUE de AP a enfermos hospitalizados	•	•			
Objetivo 5b.5. Aplicar el Proceso Enfermero y sistematizar la atención de los problemas de salud		•			
Objetivo 5d.1. Elaborar el Informe Anual de Calidad del centro/área/provincia	•	•	•	*	*
Objetivo 5d.2. Divulgar las experiencias de calidad mediante publicaciones científicas	•	•	•	*	*
6. Resultados en los clientes					
Objetivo 6a.1. Utilizar alguna encuesta de satisfacción del usuario	*	*	*	*	*
Objetivo 6a.2. Garantizar la entrega de copia de toda la documentación clínica del paciente cuando éste la solicite	•	•			
Objetivo 6a.3. Aumentar la implantación de la receta en consultas externas y al alta hospitalaria (excluyendo las altas del área de urgencias)		*			
Objetivo 6a.4. Asegurar la correcta recepción y tramitación de iniciativas, sugerencias, reclamaciones y quejas	•	•	•	*	*
Objetivo 6b.1. Mejorar la posibilidad de acompañamiento durante el proceso de dilatación y parto a las mujeres que dan a luz en el hospital		•			
Objetivo 6b.2. Aplicar el Plan de Recepción a los pacientes		•			

(Continúa en la pág. siguiente)

Tabla 1. **Objetivos del Plan de Calidad del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)** (Continuación)

Objetivos	AP	AE	UET	OPP	SSCC
Objetivo 6b.3. Facilitar el acompañamiento padres-hijos durante la hospitalización		•			
Objetivo 6b.4. Mejorar el proceso de consentimiento informado	•	•			
Objetivo 6b.5. Mejorar el sistema de vigilancia y control de la infección nosocomial		•			
7. Resultados en las personas					
Objetivo 7a.1. Utilizar alguna encuesta de satisfacción de los profesionales	*	*	*	*	
Objetivo 7b.1. Reducir el tabaquismo en el personal del SESCAM	•	•	•	*	*
8. Resultados en la sociedad					
Objetivo 8a.1. Implantar un protocolo de enfermería para la detección de factores de riesgo social al ingreso del paciente		•			
Objetivo 8a.2. Colaborar con ONG en proyectos nacionales e internacionales	•	•	•	*	
Objetivo 8a.3. Realizar actividades para disminuir el impacto medioambiental	*	*	*	*	*
9. Resultados clave					
Objetivo 9a.1. Mejora de la calidad de la historia clínica	•		•		
Objetivo 9b.1. Reducir el número de caídas de los pacientes hospitalizados		•			
Objetivo 9b.2. Reducir los sucesos adversos producidos por los medicamentos	•	•			
Objetivo 9b.3. Asegurar la adecuada identificación de los pacientes		*			
Objetivo 9b.4. Disponer de informe de alta el mismo día del alta del paciente		•			
Objetivo 9b.5. Mejorar la calidad del informe de alta		•			
Objetivo 9b.6. Cumplimentar correctamente la hoja de asistencia de urgencias, emergencias y transporte sanitario			•		
Objetivo 9b.7. Elaboración del informe de enfermería al alta		*			
Monitorización de indicadores		•	•		

AP: atención primaria; AE: atención especializada; UET: urgencias, emergencias y transporte sanitario; OPP: oficinas provinciales de prestaciones; SSCC: servicios centrales; RNM: resonancia nuclear magnética; TAC: tomografía axial computerizada.

(•) Objetivo del Contrato de Gestión; (*) objetivo complementario.

Desarrollo del Plan de Calidad 2004

Los objetivos planteados en el Plan de Calidad no agotan necesariamente el Plan de Calidad de los centros. Cada gerencia, hospital, etc., puede decidir contar con un Plan de Calidad más amplio, que evalúe aspectos complementarios a los recogidos en el Plan de Calidad Común. El nuevo Plan de Calidad 2004 debe ser considerado como una actualización de una metodología ya conocida (la evaluación y mejora continua de la calidad basada en objetivos concretos fijados en un Contrato de Gestión), adaptándola a un modelo moderno de gestión de la calidad total. Esta aproximación es mejorable, y por lo tanto, este Plan está necesariamente sujeto a modificaciones y cambios futuros.

Herramientas de mejora de la calidad en el SESCAM

Además del Plan de Calidad, el SESCAM ha desarrollado distintas iniciativas que inciden claramente en la mejora continua de la calidad. De ellas, hay que destacar: la aprobación e implantación de la Ley de Garantías en Atención Sanitaria Especializada; el Plan de Inspección; el Plan de los Pequeños Detalles, y por último, el desarrollo de las tecnologías de la información.

Ley de Garantías en la Atención Sanitaria Especializada

Las listas de espera en atención sanitaria son un fenómeno presente en muchos países, que afecta tanto a la AP

como a la AE (consultas externas, pruebas diagnósticas, etc.). No obstante, las que han tenido siempre mayor resonancia social son aquellas que afectan a procedimientos electivos quirúrgicos¹³. Aparecen sólo en los sistemas sanitarios con aseguramiento universal y presupuesto global y no en los sistemas de aseguramiento que reembolsan a sus proveedores con pago por acto y, en teoría, al menos, podrían existir también en los sistemas de aseguramiento privado que utilicen los presupuestos globales como forma de contención del gasto (p. ej., en algunos sistemas de *managed care*). Parece evidente que las listas de espera guardan relación con el desequilibrio entre la oferta y la demanda y el grado de autorregulación entre ambas, pero esto no debe llevar a la conclusión fácil de que la solución del problema consiste únicamente en un incremento de recursos. La evidencia empírica internacional pone de manifiesto que incluso aumentos muy significativos de recursos no se han demostrado realmente eficaces para solventar el problema.

Diversos factores de la demanda (envejecimiento de la población, mayor preocupación por la calidad de vida) y de la oferta (mayor accesibilidad, innovación tecnológica) presionan claramente hacia un incremento en la utilización de servicios y es razonable esperar que la demanda continúe en aumento. La lista de espera puede servir como instrumento de planificación del trabajo y es, sin duda, un método de organizar la actividad sanitaria; *per se* no es indicativa de una mala gestión, pero pierde su sentido si el número de pacientes es elevado y el período de espera se prolonga cada vez más. En

Tabla 2. **Tiempos máximos de espera (Plan de Salud)**

	Objetivos a 31/12/2002	Objetivos a 31/12/2003	Objetivos a 31/12/2004	Objetivos a 31/12/2005
Cirugía programada (días)	180	150	120	90
Consultas externas (días)	60	40	25	15
Pruebas diagnósticas (días)	30	20	15	7

estos casos, las listas de espera son un problema importante para los ciudadanos y para el sistema sanitario, pues el tiempo de espera va más allá de lo razonablemente aceptado por el paciente y el propio sistema¹⁴. Ante esta problemática, los gobiernos de los diferentes países han llevado a cabo determinadas actuaciones dirigidas a paliar, por un lado, las implicaciones sanitarias y, por otro, las implicaciones sociales que conllevan. Estas acciones, que en un principio estaban focalizadas en un interés desmedido en la reducción del número de enfermos en espera, se han cambiado por centrarse en el concepto de disminuir el tiempo de espera y en el conocimiento de la composición de las listas de espera¹⁵.

Muchas son las estrategias planteadas, tanto en España como en el resto de los países de nuestro entorno, con el fin de normalizar las listas y tiempos de espera. Todas ellas inciden en la necesidad de que para gestionar racionalmente las listas de espera habría que poner especial énfasis en aspectos tales como crear y mejorar los sistemas de información sobre listas de espera, analizar y publicar los datos sobre listas y tiempos de espera, y establecer sistemas de priorización de las listas de espera.

En nuestro país, y durante los últimos años, en las 10 comunidades autónomas (CCAA) no transferidas, incluida Castilla-La Mancha, la lista de espera había crecido en más de un 30%. En los 12 meses anteriores a las transferencias sanitarias, la lista de espera en nuestra región había aumentado en un 21,2%, lo que suponía un total de 27.652 pacientes más. A 31 de diciembre de 2001, en Castilla-La Mancha había 157.928 personas esperando para una consulta externa de especialista casi un año y para una intervención quirúrgica, 9 meses. La mayoría de los castellano-manchegos consideraban entonces que el principal problema de la sanidad era el tiempo de espera para conseguir cita en AE o para un ingreso hospitalario no urgente. Se entendió que si los puntos anteriores se recogieran en una ley, que obligara a su cumplimiento, se dispondría de una herramienta eficaz para la gestión integral de las listas de espera. Y por ello las Cortes de Castilla-La Mancha aprobaron el 5 de diciembre del 2002 la Ley de Garantías en la Atención Sanitaria Especializada, la primera norma autonómica que establece unos tiempos de espera máximos no sólo para intervenciones quirúrgicas, sino también para pruebas diagnósticas y consultas externas¹⁶.

En España, tan sólo 5 CCAA (Navarra, Cataluña, Valencia, Andalucía y Castilla-La Mancha) hacen referencia a tiempos máximos de demora mediante leyes o decretos, pero afectan únicamente a la lista de espera quirúrgica y a algunos procedimientos seleccionados. Actualmente, se observa una tendencia cada vez más acusada a implantar garantías de

respuesta en atención sanitaria especializada en todas las CCAA del territorio español.

La Ley establece que se fijará periódicamente, mediante decreto, el tiempo máximo de espera para cada una de estas 3 circunstancias: intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y consultas externas, y señala que en caso de superar los plazos indicados, el usuario podrá acudir a un centro privado de su elección para recibir atención, comprometiéndose el SESCAM al pago de los gastos de ésta. Dichos gastos incluyen tanto los gastos médicos propiamente dichos como los derivados del alojamiento o del desplazamiento propios o de acompañante cuando sea necesario. Ello es así porque, como se ha indicado, el paciente tendrá libertad de elección dentro del territorio nacional. El precio de la atención para cada proceso se fija por decreto y anualmente, tomando como referencia los de la atención concertada, así como las tarifas de hospedaje y desplazamientos¹⁷. El carácter anual de la norma permitirá la adecuación de los tiempos máximos de respuesta a las previsiones del Plan de Salud de Castilla-La Mancha y que se muestran en la tabla 2. Los establecidos en la Ley de Garantías se muestran en la tabla 3.

Lo referido obliga a una larga serie de acciones paralelas, que a continuación se describen:

- Se ha creado un Registro de pacientes de Lista de Espera de Castilla-La Mancha, donde son inscritos todos los pacientes que soliciten atención sanitaria especializada¹⁸.

- Hay disponible permanentemente en la web de SESCAM información transparente de las distintas listas de espera por centro y especialidad¹⁹.

- Se han diseñado circuitos de información entre hospitales, servicios centrales, y oficinas provinciales (antiguas Direcciones Provinciales) para posibilitar que el paciente pueda ejercer en la práctica los derechos recogidos en la Ley.

- Se han reforzado los mecanismos administrativos e informáticos de control que acompañan la programación de los

Tabla 3. **Tiempos máximos de espera (Ley de Garantías en la Atención Sanitaria Especializada)**

	Objetivos a 31/12/2003	Objetivos a 31/12/2004
Cirugía programada (días)	189	120
Consultas externas (días)	60	40
Pruebas diagnósticas (días)	30	20

procesos quirúrgicos. En suma, se ha potenciado la función reguladora de los servicios de admisión.

- Se obliga a los centros a que, antes del plazo marcado por el Decreto, se haya intervenido al paciente con medios propios o concertados.

- Los pacientes que no aceptan la derivación a atención concertada serán operados por el hospital, pero fuera de la Ley de Garantías, si bien se mantiene la antigüedad en lista de espera.

- Se ha suscrito un acuerdo de cooperación con múltiples clínicas privadas de todo el territorio nacional, en el que se han incluido los precios a facturar por cada proceso a los eventuales pacientes del SESCAM que puedan requerir sus servicios.

En conclusión, se puede afirmar que se trata de una Ley exigente, que no sólo garantiza un derecho al usuario, sino que obliga al sistema tanto a perfeccionar sus mecanismos de control administrativo como a funcionar con unas demoras clínica y socialmente aceptables. Aborda uno de los problemas que más afectan y preocupan a los ciudadanos, las listas de espera en atención sanitaria especializada y, además, no tiene equivalencia en la legislación comparada española ni europea. Mediante su propia normativa, algunas CCAA han regulado diferentes plazos para la realización de intervenciones quirúrgicas, pero en Castilla-La Mancha se ha dado un paso más al incluir también las primeras consultas externas de especialidades y las pruebas diagnósticas. Supone un importante paso en el derecho de los pacientes a la atención sanitaria, ya que va al fondo del problema sanitario. La universalización de la sanidad supuso la garantía de acceso a los servicios sanitarios de los españoles, la Ley de Garantías significa la equidad en el acceso de esos servicios, supone garantizar el derecho a la asistencia. En suma, dicha Ley va a contribuir indirectamente a hacer más eficaz y eficiente el trabajo en nuestros hospitales, y a prestar un mejor servicio al usuario. Los resultados así lo demuestran. En el año 2002 la reducción de pacientes en lista de espera fue de 62.462 y en 2003 de 36.495. En total la reducción ha sido de 98.957, al haber pasado de 157.928 pacientes en el año 2001 a 58.971 en la actualidad.

Plan de Inspección

La labor desarrollada por la inspección sanitaria históricamente ha estado centrada en el seguimiento de la aplicación de la normativa legal y la evaluación y el control de las prestaciones sanitarias²⁰. Las prestaciones sanitarias se encuentran recogidas en el RD 63/1995 de 20 de enero²¹. Si bien la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establece una nueva ordenación de éstas, insta al desarrollo de una cartera de servicios, mantiene la vigencia del anterior Real Decreto hasta tanto ésta se desarrolle reglamentariamente²². En este sentido, la Ley 8/2000 sobre ordenación sanitaria de Castilla-La Mancha establece también que las prestaciones sanitarias serán, como mínimo, las establecidas para el Sistema Nacional de Salud. En este contexto, y sin olvidar otros principios inspiradores de su actua-

ción, la inspección debe remarcar su carácter colaborador con el resto de la organización en un proyecto conjunto, en el que actuaría detectando posibles riesgos y puntos débiles de la estructura y del proceso administrativo-asistencial, para que otros departamentos o unidades pongan en marcha medidas correctoras que posibiliten una mejor gestión de los riesgos e ineficiencias detectadas.

En las actuaciones de la inspección sanitaria pueden diferenciarse aquellas de tipo puntual de las que podrían considerarse programables, y por tanto susceptibles de ser incluidas en el Plan de Inspección^{23,24}. Lo que define esta distinción no es el volumen de tiempo o trabajo dedicado a cada una de ellas, sino su predictibilidad e inmediatez exigibles en la respuesta. Así, una actuación no predecible y/o que exija una actuación más o menos inmediata tendría la consideración de actividad no programable; por ejemplo: estudios y análisis puntuales encargados por órganos de gestión, actividades de apoyo al Plan de Calidad, actuaciones disciplinarias, la realización de informes para la valoración de hechos o circunstancias concretas en relación con la asistencia sanitaria (vinculados o no a expedientes de responsabilidad patrimonial), etc. Una característica fundamental de la actividad programada sería su condición de demorarse en el tiempo, actuando las propias necesidades de la organización como criterio prioritario para la secuencia temporal de las diferentes actuaciones. De esta manera, el Plan de Inspección incluye únicamente actuaciones que se han definido como programables.

Por sus especiales características, las actividades de apoyo al Plan de Calidad merecen una mención más individualizada. Como actuaciones tendentes a la realización de una evaluación específica, en un momento y/o centro determinado, tienen la consideración de actuaciones puntuales; pero dentro de los programas que se desarrollen específicamente para la evaluación de la organización y funcionamiento de los centros, como actividad programada y por tanto desarrollada en el Plan de Inspección, se incluirá la comprobación del grado de cumplimiento de determinados objetivos contemplados en dicho Plan de Calidad.

Con los diferentes programas incluidos en el Plan de Inspección del SESCAM, se pretende la evaluación de forma programada de los distintos aspectos definidos como Conjunto Asistencial Evaluable centrándose, sobre todo, en evaluación de estructura y de cumplimiento de la normativa. En la primera se entienden incluidos los aspectos organizativos, también con la valoración del funcionamiento de los centros y su adecuación a las directrices de la Dirección General de Atención Sanitaria²⁵. Aunque inicialmente se planteó como unidad de actuación en AE las diferentes áreas funcionales, este criterio se ha modificado tomando como tal unidad el servicio, por considerarlo más útil. En otros programas, en colaboración con otras unidades, se puede realizar una evaluación de resultados mediante un análisis cualitativo de motivos de insatisfacción con las prestaciones y también la valoración del grado de seguimiento de programas o vías clínicas implantadas en los centros. En este caso, debe darse un tiempo previo para que sean asumidas como forma de trabajo por los profesionales.

Plan de los Pequeños Detalles

Entre los compromisos y valores del SESCAM destacan la voluntad de ofrecer a todos los usuarios de éste una atención sanitaria de calidad, segura, eficaz, ágil y confortable. Desde este planteamiento, el denominado Plan de los Pequeños Detalles se concibe como un proyecto de mejora en todos los hospitales del SESCAM, dirigido a incrementar la calidad percibida por los usuarios y mejorar su satisfacción con el sistema sanitario público²⁶. Para su diseño se realizó, a finales de 2002, una recogida de propuestas y actuaciones mediante encuesta abierta a los integrantes de los equipos directivos del SESCAM (gerentes de AP y AE, responsables de servicios centrales y de oficinas provinciales). Como única condición se solicitó a los informantes que las actuaciones propuestas no supusieran un coste adicional excesivo sobre los presupuestos disponibles.

Sobre un total de 104 participantes se obtuvieron 83 cuestionarios, que incluían un conjunto de 462 iniciativas, con una gran variabilidad (158 propuestas diferentes, que se agruparon después según su objeto, en 10 categorías distintas). Tras un análisis detallado, y a partir de la propuesta corporativa sugerida desde el Área de Atención al Usuario y Calidad Asistencial del SESCAM, cada centro ha seleccionado 10 propuestas, que integran su Plan de los Pequeños Detalles. Se trata de una serie de actuaciones que, previsiblemente, pueden tener un mayor impacto en la mejora de la calidad percibida por los usuarios –pacientes y familiares–. Al mismo tiempo, conllevan un bajo coste económico de implantación, fáciles de poner en marcha de forma inmediata y de ser monitorizadas adecuadamente.

A lo largo del año 2003 todos los hospitales del SESCAM han comenzado la aplicación del Plan a través de la implantación de las medidas adoptadas, se han diseñado indicadores específicos y se ha iniciado su evaluación. A partir de enero de 2004 se ha puesto en marcha como experiencia piloto una iniciativa semejante en el ámbito de una gerencia de AP, y se ha incorporado a la práctica diaria del sistema sanitario un conjunto de medidas que deben contribuir a mejorar tanto la calidad percibida y la satisfacción de sus usuarios como la satisfacción profesional y personal de los trabajadores.

A la hora de diseñar este tipo de servicios, debe tenerse en cuenta que los límites a la actuación sanitaria se dan por las expectativas de la población respecto a la medicina y al sistema de cuidados, que no deberían crecer más que sus posibilidades, así se evitaría la paradoja de que una efectividad cada vez mayor vaya acompañada de una insatisfacción creciente²⁷. En el ámbito de los servicios públicos, la búsqueda de la satisfacción de sus usuarios debe perseguir fundamentalmente el propósito de generar valor para los ciudadanos, con ello se legitima la propia actividad del sector público²⁸. Iniciativas como el Plan de los Pequeños Detalles del SESCAM pueden contribuir a este importante objetivo.

Tecnologías de la información

Deficiente situación previa

El nivel de desarrollo tecnológico del que partía el SESCAM era bajo. Los servicios sanitarios de Castilla-La Mancha

estaban infradotados; por tanto, el camino no era el de una transformación o actualización de lo ya existente, sino el desarrollo de unas infraestructuras y de unos sistemas de información de nueva creación. El SESCAM heredaba la red de comunicaciones (SaniVia) del territorio INSALUD. También 15 centros de salud, de un total de 190, con un nivel mínimo de informatización en los aspectos administrativos, y un Plan de Renovación Tecnológica del INSALUD por el cual se había conseguido informatizar los grandes hospitales a través de la solución HP-HIS 1. Cada hospital era una isla de información inconexa, heterogénea y sin visión de conjunto, donde cada departamento trabajaba con sus propias herramientas y soluciones parciales.

Iniciativas con apoyo económico

Desde esta situación, la apuesta decidida por la aplicación de las tecnologías de la información al entorno sanitario ha convertido a Castilla-La Mancha en un referente dentro del servicio sanitario público nacional. Durante el primer año de autonomía se crearon las infraestructuras básicas para proporcionar el soporte necesario a las tareas de desarrollo, para una vez creadas las arquitecturas ir diseñando y poniendo en marcha toda una serie de proyectos tecnológicos punteros en las áreas de AP o historia clínica electrónica. En el esfuerzo para reducir las listas de espera, se necesitaba un sistema de información adecuado y para ello se informatizaron las agendas y se han incluido los códigos de identificación personal de la tarjeta sanitaria de cada ciudadano en todos los registros sanitarios con el fin de tener una base de datos centralizada.

Estas iniciativas están contando además con un fuerte soporte económico que, a día de hoy, supera los 25 millones de euros y que se ampliará en los próximos años. Estas inversiones además están recibiendo un fuerte interés por parte de los proveedores. La filosofía basada en la figura de socio tecnológico está permitiendo a muchos suministradores mejorar sus sistemas y al SESCAM aprovecharse de las plataformas más avanzadas del mercado. El esfuerzo realizado durante los 2 últimos años no hubiera sido posible sin contar con la ayuda externa. Se exteriorizaron bastantes desarrollos pero con una práctica de trabajo interesante para ambas partes, lo que permite que los suministradores se involucren altamente con los proyectos del SESCAM.

Infraestructuras

El primer paso para el desarrollo de cualquier proyecto era crear unas arquitecturas adecuadas de proceso y de comunicaciones. Con una población muy dispersa en una de las comunidades más extensas de nuestro país, el proyecto de comunicaciones exigió un análisis exhaustivo de la situación. Se valoraron 2 caminos: incorporarse a la red de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha o crear una red propia. Finalmente, esta última fue la decisión que culminó con el diseño e implantación de una nueva malla (denominada Saniel) con la colaboración de Cisco como socio tecnológico. La solución se basó en la construcción de anillos Gigabit Ethernet en cada una de las capitales de provincia que permiten a los hospitales, centros de salud urbanos y oficinas provincia-

les disponer de una alta velocidad de transmisión. Los anillos se enlazan entre sí por una conexión ATM a 155 Mbps. Por otra parte, los centros de salud se comunican con los anillos a través de líneas ADSL de 2 Mbps y los consultorios locales (situados en pueblos y aldeas) mediante el sistema más adecuado, ya sea RTB, RDSI o satélite, dependiendo de las posibilidades existentes en la zona. Actualmente, el troncal está totalmente terminado y proporciona servicio a la red de AP a través del proyecto denominado Esculapio, con el que se están informatizando los 190 centros de salud y los 1.090 consultorios existentes en la Comunidad. Esculapio contribuirá a elevar la calidad de la asistencia prestada a los ciudadanos al dotar a todos los profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, de equipamiento informático y de servicios tales como correo electrónico o acceso a Internet, además de la historia clínica electrónica única de AP, mediante el proyecto TURRIANO. Este proyecto y otros llevados a cabo hubieran sido impensables sin disponer de una red de comunicaciones de banda ancha capaz de crecer conforme a las nuevas necesidades.

Tratamiento de la imagen

Con estas infraestructuras, el SESCAM se ha embarcado en el desarrollo de proyectos avanzados para el tratamiento de imágenes. Yconos es un proyecto centrado en el ámbito de la radiología digital que eliminará el soporte habitual de este tipo de pruebas y que permitirá su tráfico digitalizado a través de la red de comunicaciones. Un proyecto pionero esencial para una comunidad donde una aldea puede quedar situada a más de 200 km de su hospital de referencia y que eliminará transportes innecesarios de los pacientes.

Proyección futura de la calidad en el SESCAM

Factores que condicionan la gestión en los servicios de salud

En estos momentos, 3 grandes factores condicionan la gestión en los servicios de salud y aparecen como determinantes para la modernización y sostenibilidad del sistema sanitario público: el nuevo usuario, el nuevo profesional y el marco institucional.

El nuevo usuario

Algunos de los problemas y retos principales de los sistemas de atención sanitaria proceden de la emergencia del nuevo papel desempeñado por los ciudadanos. El usuario de los servicios sanitarios ha dejado de ser un sujeto pasivo; el incremento de su capacidad de elección, cada vez mejor informada, le lleva a exigir más y mejores prestaciones, con mayores niveles de calidad, lo que condiciona la necesidad de introducir cambios continuos en la organización y en la prestación de los servicios. La tradicional asimetría existente en la relación clínica, basada en un modelo paternalista y autocrático, está desapareciendo para dar paso a un nuevo tipo de relación más horizontal y equilibrada en la que los pacien-

tes exigen el reconocimiento del derecho de autonomía moral y el ejercicio de su capacidad de decisión²⁹.

El nuevo profesional

El prestigio de la mayoría de los profesionales sanitarios, y de los médicos en particular, se basa en la exclusividad de acceso y en la regulación de un campo de conocimiento altamente valorado por la sociedad en general y por el Estado.

La cantidad y calidad de la atención médica prestada en cualquier sistema sanitario están fuertemente determinadas por las decisiones clínicas de los médicos. Desde un punto de vista microeconómico, los médicos son agentes principales en la asignación de la mayoría de los recursos sanitarios por lo que, de forma inevitable, se encuentran necesariamente implicados en la realización de ajustes entre la demanda y la oferta de los servicios. En estas condiciones, los profesionales demandan también una mayor autonomía y responsabilidad en el desempeño de sus funciones dentro del sistema sanitario público. Exigen por ello, un nuevo marco de gestión que les permita desarrollar sus proyectos y aspiraciones, dentro de una posición ética y de valores de servicio público.

El marco institucional

El SESCAM ha establecido entre sus objetivos la mejora progresiva de la atención sanitaria prestada, alcanzando un grado de excelencia que sitúe a esta organización sanitaria entre las mejores de España y la Unión Europea. El nuevo marco descentralizado de gestión en todo el Sistema Nacional de Salud permite acercar la asistencia a las necesidades de los ciudadanos. La mayor proximidad al usuario debe permitir que sus demandas y preferencias sean tenidas más en cuenta en el diseño de los servicios asistenciales. Además, el SESCAM, como organización integrada en un proyecto global de atención a los ciudadanos de nuestra región, es consciente de la necesidad de obtener los mejores resultados posibles manteniendo la eficiencia en el uso de los recursos públicos puestos a su disposición.

Transcurridos algo más de 2 años desde que el SESCAM asumió la responsabilidad de gestionar los servicios sanitarios públicos, los resultados alcanzados y la opinión mayoritariamente expresada entre los ciudadanos y los propios profesionales han venido a demostrar la capacidad técnica y humana de la organización para dar una respuesta adecuada a las necesidades y demandas sanitarias de los usuarios, en términos reales de eficacia, eficiencia, efectividad, utilidad y satisfacción de sus expectativas. Como organización prestadora de servicios sanitarios públicos, ello supone además asumir una nueva responsabilidad corporativa en el mantenimiento de unos niveles adecuados de calidad que legitimen su actuación ante los ciudadanos.

En el futuro inmediato, sólo desde una práctica profesional eficiente, orientada a la excelencia y centrada en las necesidades de los pacientes, será posible prestar una atención sanitaria que garantice la equidad y dé respuesta a las diferentes demandas que se plantean en una sociedad abierta, plural y en cambio constante.

Bibliografía

- Decreto 1/2002, de 8 de enero. DOCM n.º 4, de 11 de enero.
- Humet C. La calidad asistencial se acerca más al ciudadano. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:1-2.
- Repullo JR. Los retos para promover la calidad en el nuevo escenario descentralizado del Sistema Nacional de Salud. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:199-200.
- 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;13:6-8.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre. BOE n.º 274, de 15 de noviembre.
- Benbassat J, Taragin M. What is adequate health care and how can quality of care be improved? *Int J Qual Health* 1998;11:58-64.
- Borrego García D. Los costes de la calidad. En: Aranaz Andrés JM, Vitaller 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.
- Donabedian A. Quality and cost: choices and responsibilities. *Inquiry* 1988;25:90-9.
- Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. *Med Clin (Barc)* 2000;114:460-3.
- Rodríguez Marín J, Mira JJ. La organización sanitaria y su influencia en la calidad. En: Aranaz Andrés JM, Vitaller 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.
- Fernández Martín J, Sáinz Rojo A. Plan de Calidad en una Red de Hospitales Públicos en España (1993-2001). *World Hospitals and Health Services* 2002;38:14-20.
- Modelo EFQM de excelencia. Sector Público y Organizaciones de voluntariado. Madrid: Club Gestión de Calidad, 1999.
- Espallargues M, Gallo P, Pons JMV, Sampietro-Colom L. Situación y abordaje de las listas de espera en Europa. Informe Técnico. Barcelona: Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2000.
- Listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Informe del Defensor del Pueblo, 2002.
- Grupo de expertos sobre listas de espera. Informe técnico sobre listas de espera. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid: 2003.
- Ley 24/2002 de 5 de diciembre de Garantías en la atención Sanitaria Especializada de Castilla-La Mancha. DOCM n.º 157, de 18 de diciembre de 2002.
- Decreto 9/2003, de tiempos máximos de respuesta, prestaciones garantizadas, tarifas y abonos por gastos de desplazamiento en atención sanitaria especializada en Castilla-La Mancha. DOCM n.º 12, de 31 de enero de 2003.
- Decreto 8/2003 de 28-01-2003, del Registro de pacientes en lista de espera de Castilla-La Mancha. DOCM n.º 12, de 31 de enero de 2003.
- Garantías en la Atención Sanitaria Especializada [consultado 04/03/2004]. Disponible en: <http://sescam.jccm.es/web/leydegarantias/home.jsp?main=/leydegarantias/normativa/Asistencia-Sanitaria.html>
- Plan Anual de Inspección 2001. Dirección General del Insalud. Subdirección General de Inspección Sanitaria. Madrid: 2001.
- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero. BOE n.º 35, de 10 de febrero de 1995.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo. BOE n.º 128, de 29 de mayo de 2003.
- Orden de 12 de marzo de 2003, por la que se aprueba el Plan de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios (Andalucía). BOJA de 27 de marzo de 2003.
- Orde do 23 de decembro de 2002 pola que se aproba o Plan de Inspección Sanitaria para o ano 2003 (Galicia). DOG de 2 de enero de 2003.
- Plan de Inspección del Sescam [consultado 03/03/2004]. Disponible en: <http://sescam.jccm.es/web/gestion/ps-plandeinspeccion/PlanInspeccion.pdf>
- Gutiérrez R, Rubio M, Fernández J, Navarro C, Parra B. Mejora en la calidad percibida: el Plan de los Pequeños Detalles del SESCAM [en prensa]. *Rev Calidad Asistencial*.
- Barsky A. The paradox of health. *N Engl J Med* 1988;318:414-8.
- Moore M. *Creating Public Value*. Cambridge: Mass. Harvard, 1995.
- Jadad AR, Rizo CA, Enkin MW. I am a good patient, believe it or not. *BMJ* 2003;326:1293-5.