

Política de calidad en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

Elena Sánchez, Jon Darpón, Josu I. Garay, Jon Letona, Rosa González y M. José Pérez
Organización Central de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Vitoria-Gasteiz. Álava. España.

Correspondencia: Elena Sánchez González.
Organización Central de Osakidetza.
Álava, 45. 01006 Vitoria-Gasteiz. Álava. España.
Correo electrónico: esanchez@sscc.osakidetza.net

Resumen

Osakidetza-Servicio Vasco de Salud es una organización integrada por unos 22.000 profesionales, para una población en torno a 2 millones de habitantes. Desde el año 1992 cuenta con una política explícita de calidad, basada en los últimos años en la filosofía y herramientas del Modelo de Excelencia de la European Foundation for Quality Management (EFQM). El despliegue de este modelo de gestión de la calidad se ha efectuado en cascada desde los equipos directivos hasta los niveles más operativos. Para ello, se ha desarrollado una serie de proyectos entre los que destacan el programa de formación de líderes, el desarrollo de herramientas para autoimplantación, la realización periódica de autoevaluaciones con el Modelo EFQM y la implantación de la gestión por procesos. Se presentan los resultados alcanzados: evolución de las puntuaciones obtenidas en los 4 procesos de autoevaluación bienales efectuados desde 1996 a 1997, resultados en clientes, resultados en personas y resultados clave. El futuro de la política de calidad se plantea en el Plan Estratégico 2003-2007, uno de cuyos objetivos corporativos es la calidad total. Para desplegarlo se ha implantado el Plan de Calidad 2003-2007 con 2 objetivos generales: calidad de servicio y calidad de gestión. Su implantación ha obligado a definir las funciones de calidad del Comité de Dirección y a articular como estructuras facilitadoras las figuras del coordinador del sistema de gestión de la calidad y la comisión de calidad. En el momento actual, el reto es el despliegue de la gestión de la calidad en los servicios y unidades asistenciales, para lo que se han diseñado herramientas especiales.

Palabras clave: Política de calidad. Modelo EFQM. Gestión de procesos.

Introducción

Osakidetza-Servicio Vasco de Salud es una organización compleja, tanto por su tamaño como por las características de sus servicios. En estos momentos, Osakidetza es jurídicamente un Ente Público de Derecho Privado. Atiende a una población de más de 2 millones de personas (Comunidad Autónoma del País Vasco), todas ellas potencialmente usuarias de sus servicios.

Tiene a su cargo la provisión de servicios sanitarios mediante organizaciones públicas de servicios (31) dentro del territorio de la Comunidad Autónoma Vasca, territorio dividido en 3 demarcaciones geográficas o áreas de salud: Araba, Bizkaia y Gipuzkoa.

Unas 22.000 personas trabajan en las distintas organizaciones de servicios de Osakidetza. A grandes rasgos, la es-

Abstract

The Basque Country Health Service is the organisation, which provides care services to the population who lives in the Basque Country, around 2 million inhabitants. More than 22000 people are working in different centres to supply this service. Since 1992 it has an explicit Quality Policy, that has been based during the last years in the European Foundation for Quality Management Model (EFQM Model) philosophy and tools. This model has been deployed from the managers to the operative unit's people. This has been made by means of different projects designed to advance in the agents and results agents of the EFQM model, the most important being: leaders training, quality tools development to facilitate implementation, periodically EFQM selfassessments and processes management. We present the results achieved: evolution of the score obtained in 4 selfassessment biennial processes, since 1996-1997; customer results; people results and key results. The Quality Policy future is developed in the Strategic Plan 2003-2007, one of the corporate objectives is Total Quality. To deploy this objective, a Quality Plan has been designed with 2 main general objectives: service quality and management quality. The implementation of this plan has lead to define special functions for the General Board of the centres and to create 2 new figures: Quality management system co-ordinator and Quality Commission. Now, one of our special challenges is the deployment of the quality management in Clinical Services. Special tools have been designed to achieve it.

Key words: Quality policy. EFQM model. Processes management.

tructura de estas 31 organizaciones es: 14 hospitales de agudos y de media-larga estancia, con unas 4.600 camas de hospitalización; 4 hospitales psiquiátricos, con unas 800 camas; diversos centros y unidades de salud mental extrahospitalaria agrupados en 2 organizaciones; 7 comarcas de atención primaria (AP), con alrededor de 300 centros de salud agrupados en 132 unidades de AP; una organización de emergencias; el Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos; una escuela universitaria de enfermería, y una empresa de alta tecnología (Osatek)¹.

La *misión* de Osakidetza es proveer servicios públicos de salud para satisfacer las necesidades de la población con los principios de equidad, eficiencia y calidad, utilizando los principios de calidad total, siendo la herramienta de gestión de la calidad desde el año 1995 el Modelo de Excelencia de la European Foundation for Quality Management (Modelo EFQM)².

Antecedentes y evolución de la política de calidad

La *política de calidad* ha evolucionado en Osakidetza durante los últimos años, desde una orientación hacia la calidad del servicio o producto hasta un enfoque de gestión de la calidad total.

En 1992, la Dirección General de Osakidetza puso en marcha un Plan Integral de Calidad para sus organizaciones³. Este plan corporativo, pionero tanto por sus ideas como por sus contenidos, estaba basado en 3 pilares fundamentales: calidad percibida, calidad científicotécnica y costes de no calidad, y proponía una estrategia de implantación basada en la mejora de los procesos y en la participación del personal a través de grupos de mejora.

Desde estos comienzos, la metodología de gestión de la calidad en Osakidetza se perfeccionó progresivamente y la organización fue caminando desde un concepto de calidad vinculando casi exclusivamente a los atributos o cualidades de la atención al paciente a una visión más global, en la que la calidad era concebida como algo que hacía referencia al funcionamiento de toda la organización, de forma que era ésta en su totalidad la que tenía que adoptar el camino de la mejora continua.

Este cambio no fue ajeno a todo un movimiento institucional y de apuesta por la calidad total promovido desde el Gobierno Vasco, el cual lo consideró un elemento estratégico fundamental para el desarrollo y la competitividad de nuestro país, y a las estrategias de cambio para la sanidad vasca, aprobadas por el Parlamento vasco y enmarcadas en el proyecto Osasuna Zainduz⁴, como eran la búsqueda de la calidad total del sistema y la satisfacción del usuario.

En el año 1994, Osakidetza se vincula como patrono a la Fundación Vasca para el Fomento de la Calidad (FVFC) (Euskalit), la cual opta por el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total como modelo de referencia.

A partir de 1995, nuestra corporación se plantea como objetivo que las estructuras directivas se sensibilicen y se identifiquen con los principios de la calidad total, y apliquen a los sistemas de gestión de sus organizaciones un método estructurado para la mejora continua de la calidad de la gestión. En ese momento se selecciona el modelo de gestión de la calidad total de la EFQM como una herramienta útil para conseguirlo.

A partir de entonces, se inicia un proceso de formación para conseguir la implantación del Modelo EFQM en todas las organizaciones de servicios de Osakidetza. Este proceso comienza con un programa de sensibilización y formación sobre el contenido y aplicabilidad del modelo, dirigido a directivos y técnicos de calidad, con la asesoría y apoyo de la FVFC. Ya entonces existían experiencias en la Comunidad Autónoma Vasca que demostraban la utilidad del modelo en la gestión empresarial.

En los años 1996 y 1997 se realiza la primera autoevaluación en todos los centros sanitarios de la Red. Como resultado final de este proceso, se identifica una serie de áreas de mejora que, priorizadas en cada centro participante, se convierten en objetivos estratégicos y planes de acción. Era la primera experiencia de aplicación del modelo europeo a todos los centros de una red sanitaria en Europa.

En 1998 surge el primer Plan Estratégico de Osakidetza⁵, el cual establece 5 grandes objetivos estratégicos: orientación al cliente; implicación de las personas; innovación tecnológica; desarrollo empresarial, y calidad total. Este Plan que se ha desplegado en las organizaciones de servicios, a través de sus planes estratégicos y de gestión, ha supuesto un avance en las estrategias de calidad y en la propia percepción que los ciudadanos tienen de Osakidetza.

Despliegue de la calidad total como elemento estratégico de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

Durante los últimos años, se ha puesto en marcha una serie de proyectos que han intentado avanzar en los diferentes criterios agentes y resultados que define el Modelo EFQM:

- Programas de formación continuada sobre el Modelo EFQM y otras herramientas de calidad, dirigidos a todo el personal.
- Programa específico de formación de líderes, directivos y mandos, que en el momento actual alcanza al 3% de las personas de la organización.
- Utilización del Modelo EFQM como herramienta de mejora continua.
- a) Desde 1996 se han realizado 4 procesos de autoevaluación bienales en las organizaciones de servicios, con la elaboración de planes de mejora e integración en el plan de gestión de las áreas de mejora identificadas (1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 y 2002-2003)^{6,7}. En la tabla 1 se exponen los datos de participación en los 4 procesos.
- b) Ocho organizaciones (26% del total) se han sometido a procesos de evaluación externa con el Modelo EFQM.
- c) Desde el año 2000 se han realizado autoevaluaciones en unidades de hospitalización y centros de salud, para ello se han utilizado diferentes herramientas adaptadas.
- Formación en colaboración con la FVFC de asesores en el Modelo EFQM.

Tabla 1. Porcentaje de organizaciones que han participado en los 4 procesos generales bienales de evaluación EFQM

1996-1997	12/20 hospitales (60%)
	12/13 comarcas de AP (92%)
1998-1999	17/20 hospitales (85%)
	3/7 comarcas de AP (43%)
2000-2001	18/18 hospitales (100%)
	6/7 comarcas de AP (86%)
2002-2003	4/6 otras organizaciones (67%)
	16/18 hospitales (89%)
	7/7 comarcas de AP (100%)
	4/6 otras organizaciones (67%)

AP: atención primaria.

- Desarrollo de herramientas: planificación estratégica, encuestas corporativas para el cliente externo⁸, encuesta corporativa para el cliente interno⁹, versiones adaptadas al sector sanitario del Modelo EFQM (versiones completa y simplificada)^{10,11}, metodologías de autoimplantación para la mejora continua (guía para la gestión de procesos¹², guía para la autoimplantación de la metodología 5S en organizaciones sanitarias¹³, guía de autoevaluación EFQM para unidades de gestión¹⁴, guía para la implantación de un sistema de gestión por procesos basado en la Norma ISO 9001:2000¹⁵), desarrollo de indicadores y estándares¹⁶.

- Implantación de sistemas de gestión por procesos:

- Proyectos de investigación multicéntricos, financiados por el Fondo de Investigación Sanitaria, para la realización del mapa de procesos de un hospital y de una unidad de AP tipo^{17,18}.

- Proyectos para el despliegue de la gestión por procesos, acorde con la norma ISO 9001:2000, en AP y atención especializada (AE) durante los años 2002 y 2003¹⁹⁻²¹.

- Gestión y evaluación de encuestas corporativas de satisfacción de pacientes en diferentes ámbitos sanitarios, las cuales se efectúan, según el ámbito, con carácter anual o bienal: AP de medicina de familia y de pediatría; hospitalización de agudos; hospitalización pediátrica; hospitalización psiquiátrica; hospitalización de media-larga estancia; urgencias hospitalarias; consultas externas hospitalarias; hospital de día quirúrgico; hospitalización a domicilio; salud mental extrahospitalaria, y encuestas específicas del Programa de Prevención de Cáncer de Mama.

- Gestión y evaluación de la encuesta corporativa de motivación y satisfacción de personas, realizada a partir de 2001 y dirigida a toda la plantilla.

- Mantenimiento de programas específicos de calidad en organizaciones de servicios sanitarios: estandarización de cuidados y proceso de atención de enfermería, continuidad de cuidados de enfermería, infección nosocomial, comités de bioética, desarrollo de sistemas automáticos de información sanitaria como soporte a la evaluación y mejora, planes de mejora de las listas de espera para la realización de intervenciones quirúrgicas, consultas especializadas y exploraciones especiales, investigación de resultados en servicios de salud a través de la promoción de proyectos de investigación multicéntricos.

- Implantación de sistemas homologados de garantía de calidad (ISO, otros): acreditación según normativa autonómica y/o estatal (laboratorios, medicina nuclear, radiodiagnóstico, oncología radioterápica), certificación ISO como estrategia de mejora de procesos en AP y AE.

- Establecimiento y evaluación de las condiciones de calidad en los contratos-programa (firmados entre las organizaciones de servicios y la agencia financiadora) y en los contratos de gestión clínica (firmados entre las direcciones de las organizaciones de servicios y los responsables de los servicios y unidades).

- Colaboración con OSTEBA (Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en la Comunidad Autónoma Vasca).

Con el objeto de promover y dinamizar todos estos proyectos se ha mantenido una infraestructura específica de re-

cursos humanos: Subdirección de Calidad Asistencial en la Organización Central, y Unidades de Gestión Sanitaria/Calidad en la mayoría de las organizaciones de servicios.

Resultados alcanzados

Durante los últimos años se ha alcanzado una serie de logros, los más significativos de los cuales exponemos a continuación. Señalamos, por un lado, los resultados obtenidos en las evaluaciones EFQM y, por otro, los indicadores más relevantes en los criterios de resultados del Modelo EFQM. Finalmente, describimos los reconocimientos externos recibidos tras las evaluaciones externas con el Modelo EFQM y con la norma ISO.

Resultados de las evaluaciones con el Modelo EFQM

Durante los 4 procesos bienales de evaluación con el Modelo EFQM, ha habido en general una mejora en las puntuaciones conseguidas en los 9 criterios del Modelo EFQM. La figura 1 presenta la evolución en los porcentajes de puntuación para los 9 criterios obtenidos en organizaciones que han efectuado 4 evaluaciones (tanto autoevaluaciones como evaluaciones externas). Se observa una estabilización o incluso un ligero decremento en 2 criterios de resultados, “resultados en clientes” y “resultados clave”, lo que puede estar en relación con varios factores: impacto de los resultados de las evaluaciones externas (éstas han supuesto progresivamente un mayor porcentaje en el total de evaluaciones realizadas, y son más exigentes en general en cuanto a la puntuación otorgada), incremento de las expectativas de los clientes, e incluso la modificación en el enfoque de la identificación de los resultados clave propuesta en las últimas versiones del Modelo EFQM.

Durante el año 2003 hemos puesto en marcha un nuevo sistema simplificado y automatizado para la autoevaluación EFQM de servicios y unidades¹⁴, el cual está siendo valorado muy positivamente por los profesionales, y está dando lugar a la implantación de planes de mejora.

Satisfacción del cliente

Nuestros clientes hacen una valoración global positiva de la atención recibida, que supera el 90% en todos los casos (tabla 2).

No obstante, hemos identificado numerosas áreas de mejora que se han establecido como objetivos en el Plan de Calidad 2003-2007, y cuyos resultados en el año 2003 se exponen en la tabla 3.

Resultados en personas

Además del uso de diversos indicadores de rendimiento de las personas de las organizaciones, desde el año 2001

Figura 1. Evolución de los porcentajes de puntuación de los criterios agentes y criterios resultado en los 4 procesos generales de evaluación EFQM de organizaciones de Osakidetza.

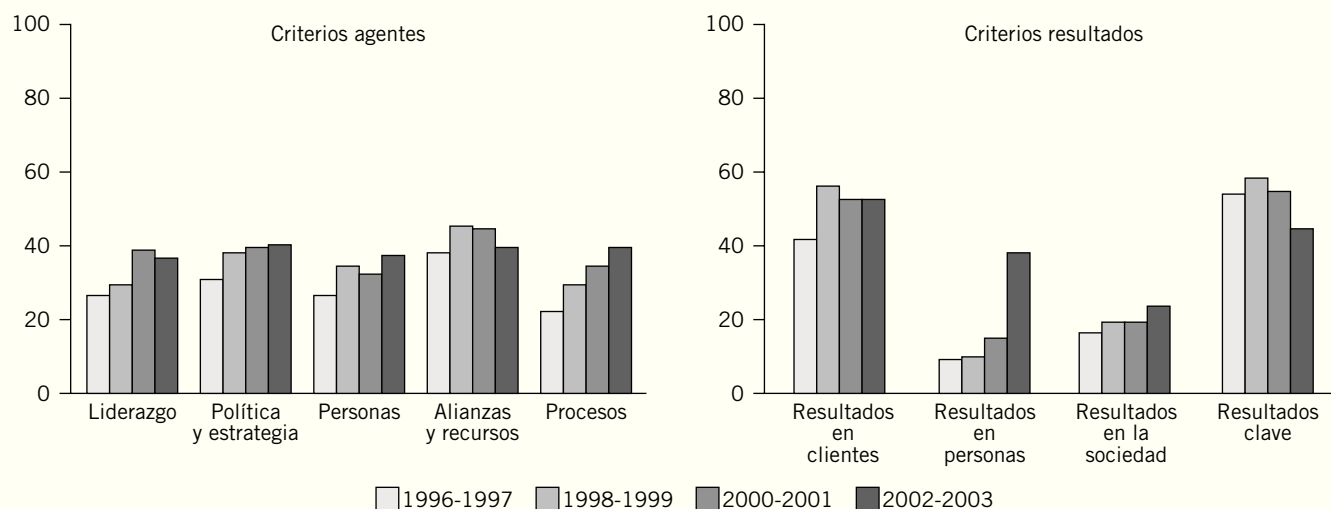


Tabla 2. Valoraciones globales de la satisfacción (%) en diferentes ámbitos de atención en los 2 últimos años

Ámbito	2002	2003
<i>Hospitales de agudos</i>		
Hospitalización agudos	97,0	96,5
Consultas externas	96,2	96,2
Urgencias	92,2	93,1
Hospital de día quirúrgico*		97,6
Hospitalización a domicilio*	98,4	
Madres-padres de niños hospitalizados*	96,7	
Hospitalización media-larga estancia	93,6	94,8
AP medicina de familia	94,9	95,4
AP pediatría*		96,9
Hospitalización psiquiátrica aguda*		89,5
Atención psiquiátrica extrahospitalaria*	93,8	
Programa cáncer de mama*		
Detección		96,5
Diagnóstico y tratamiento		97,4

AP: atención primaria.

*Encuestas bienales.

existe un procedimiento corporativo para la medición regular de la satisfacción de las personas que trabajan en Osakidetza. En la tabla 4 se exponen los resultados de satisfacción en 12 dimensiones. Es de destacar que muchas de ellas son áreas de mejora, las cuales se han incluido como objetivos en el Plan de Calidad 2003-2007.

Otros resultados clave

Existen otros indicadores de proceso y de resultado que permiten una aproximación al análisis del cumplimiento de la misión y visión de Osakidetza. La tabla 5 contiene una síntesis de los más relevantes. Algunos de ellos son también áreas de mejora incluidas en el Plan de Calidad 2003-2007, como la demora en las consultas de atención especializada.

Reconocimientos externos

Reconocimientos de la FVFC: 24 organizaciones de servicios (77%) tienen el Diploma de Compromiso con la Exce-

Figura 2. Situación de las organizaciones de Osakidetza en cuanto a los diferentes niveles de excelencia de la EFQM.

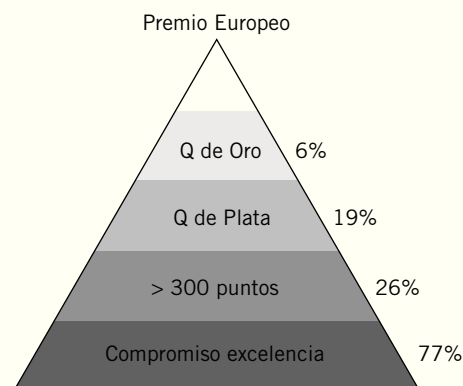


Tabla 3. Resultados en 2003 de la percepción del cliente externo en diferentes áreas de mejora que son objetivos del Plan de Calidad 2003-2007

Mejora de la accesibilidad a las prestaciones sanitarias	
Percepción positiva del tiempo de espera, en el paciente que ingresa para cirugía programada	70,1%
Demora media hasta el primer contacto con el médico en urgencias hospitalarias (minutos)	47,5
Percepción positiva de los horarios de atención en el centro de salud por los usuarios	89,0%
Mejora del trato y las condiciones hosteleras	
Satisfacción de los pacientes y familiares con el trato	95,6%
Satisfacción con la limpieza y comodidad en las instalaciones de hospitalización	88,4%
Satisfacción con la limpieza y comodidad en las instalaciones de atención ambulatoria	90,4%
Percepción del paciente sobre el respeto a su intimidad	92,1%
Acompañamiento del paciente durante la asistencia en urgencias	88,6%
Satisfacción con las condiciones hosteleras para los acompañantes, durante la hospitalización	69,3%
Mejora de la información	
Percepción del paciente sobre su oportunidad de decidir sobre las alternativas terapéuticas	79,9%
Valoración positiva de la información recibida del personal sanitario	91,8%
Información sobre los tiempos de espera para cirugía programada	67,7%
Información sobre las pruebas complementarias	84,2%
Procesos	
Satisfacción global de los pacientes con la atención recibida	95,4%

lencia, ocho (26%) han superado los 300 puntos en una evaluación externa con el Modelo EFQM, 6 (19%) los 400 puntos (Q de Plata)²²⁻²⁷, y 2 (6%) los 500 puntos (Q de Oro)^{28,29}. Estos datos configuran una pirámide que marca lo que la EFQM denomina "viaje a la excelencia" en Osakidetza (fig. 2).

Asimismo, Osakidetza cuenta con 79 evaluadores EFQM acreditados por la FVFC (más del 10% del total de evaluadores de la FVFC).

Las certificaciones ISO obtenidas son las siguientes: en AP, 39 unidades (que atienden al 40% de la población de la CAPV) han obtenido o renovado la certificación ISO (alcance: recepción, información y gestión administrativa), con la participación del 100% de las comarcas de AP con varias unidades. En el año 2003 se ha ampliado el alcance de la certificación ISO al total de la actividad (incluyendo las tareas asistenciales) en 4 unidades de AP de otras tantas comarcas.

En AE, más del 90% de los hospitales han iniciado el proceso de certificación de algún área de servicios centrales y/o servicios generales, y en el momento actual han conseguido la certificación el 56% de éstos (10/18).

Tabla 4. Resultados 2001-2002 de satisfacción de las personas (%) en orden decreciente en las 12 dimensiones de la encuesta corporativa

Dimensiones	Porcentaje de personas satisfechas
Clima de trabajo	77,4
Relación mando-colaborador	71,6
Condiciones de trabajo	57,0
Promoción y desarrollo profesional	53,3
Reconocimiento	49,4
Organización y gestión del cambio	46,8
Comunicación	42,5
Retribución	41,8
Percepción de la dirección	40,4
Participación	34,9
Formación	31,2
Conocimiento e identificación con objetivos	28,8

Tabla 5. Algunos resultados clave obtenidos en Osakidetza en los años 2000 y 2002

	2000	2002
Minutos por visita en centro de salud	7,6	8,2
Envases EFG (%)	2,04	5,76
Estancia media en hospitales de agudos (días)	6,14	6,08
Demora media lista de espera quirúrgica (días)	57,1	55,2
Pacientes en espera de consulta especializada < 1 mes (%)	70,8	62,6
Prevalencia de pacientes con infección en hospitales de agudos (%)	6,3	5,4
Fallecidos por sida	96	60
Tumores mínimos detectados en PDPCM* (%)	43,3	47
Demora mediana trasplante riñón (meses)		10

EFG: especialidad farmacéutica genérica. PDPCM: Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama.

Otras 2 organizaciones, el Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos y Osatek, tienen certificados ISO con un alcance total.

En síntesis, 19 organizaciones de servicios (60%) tienen un certificado ISO con diferentes alcances. De acuerdo con los requisitos de la Norma ISO 9001:2000, esto supone que todas ellas tienen definida la estructura de un sistema de gestión de la calidad acorde con la Norma, cuyo alcance está previsto que se vaya incrementando progresivamente.

Retos de futuro

Durante el año 2003 se ha aprobado el nuevo Plan Estratégico 2003-2007³⁰ que marcará el rumbo a seguir por

Tabla 6. **Objetivos específicos y algunos ejemplos de indicadores del objetivo general “Mejora de la calidad del servicio sanitario” del Plan de Calidad 2003-2007**

Eficacia y efectividad 4 líneas de actuación
5 indicadores

	Indicadores	Fuente	Actual	Objetivo 2007
Ej.	Porcentaje de servicios/unidades asistenciales, con actividades regulares de autoevaluación y mejora de la eficiencia y efectividad de los procesos asistenciales	Informe anual	–	≥ 70%

Continuidad en la atención 4 líneas de actuación
5 indicadores

	Indicadores	Fuente	Actual	Objetivo 2007
Ej.	Número de protocolos o guías conjuntas primaria-especializada, por comarca, hospital y especialidad	Informe anual	–	≥ 1

Adecuación en el uso de las prestaciones sanitarias 3 líneas de actuación
3 indicadores

	Indicadores	Fuente	Actual	Objetivo 2007
Ej.	Porcentaje de envases EFG prescritos, sobre el total de envases en AP	Informe	4%	≥ 10%

Seguridad de los pacientes en la asistencia sanitaria 5 líneas de actuación
8 indicadores

	Indicadores	Fuente	Actual	Objetivo 2007
Ej.	Efectos adversos (graves o no descritos previamente) por medicamentos declarados anualmente	Centro de farmacovigilancia	8 por 1.000 médicos	≥ 30 por 1.000 médicos

Accesibilidad a las prestaciones sanitarias 4 líneas de actuación
9 indicadores

	Indicadores	Fuente	Actual	Objetivo 2007
Ej.	Porcentaje de pacientes de la lista de espera con una demora, en la cita para consultas externas de AE, superior a 30 días	Sistema de información AE	30%	0%

Trato y condiciones hosteleras 3 líneas de actuación
6 indicadores

	Indicadores	Fuente	Actual	Objetivo 2007
Ej.	Acompañamiento del paciente durante la asistencia en urgencias	Encuesta de pacientes	73,10%	≥ 90%

Información 8 líneas de actuación
6 indicadores

	Indicadores	Fuente	Actual	Objetivo 2007
Ej.	Percepción del paciente sobre su oportunidad para decidir sobre las alternativas terapéuticas	Encuesta de pacientes	63,70%	≥ 70%

El valor del indicador “actual” corresponde al año 2002.

AP: atención primaria; AE: atención especializada; EFG: especialidad farmacéutica genérica.

Osakidetza en los próximos años. Se establece una nueva visión que dice “Osakidetza aspira a ser una corporación sanitaria excelente orientada al paciente”, es decir un

conjunto de organizaciones coordinadas y cohesionadas, gestionadas de una forma excelente, y orientadas al paciente, que es la razón última de todos los servicios de Osakidetza.

Para ello, plantea 5 objetivos corporativos: “servicio al cliente/paciente”, “implicación de las personas”, “calidad total”, “desarrollo empresarial y de gestión” e “investigación, desarrollo e innovación”. A cada uno de los objetivos corporativos les corresponden objetivos estratégicos o caminos a seguir, con sus correspondientes estrategias de actuación.

Como estrategia para el despliegue del Plan Estratégico en los aspectos relacionados con la calidad, se ha elaborado el Plan de Calidad 2003/2007. A través de este instrumento, Osakidetza da un paso más en el camino de la calidad total. Este Plan pretende dar solidez a lo ya conseguido en calidad y se configura como una estrategia de mejora para avanzar.

Plan de Calidad 2003-2007

Tras un análisis de la situación que se basa en diferentes fuentes de información, el Plan de Calidad³¹ plantea nuevos retos en forma de 73 líneas de actuación y 89 indicadores con objetivos cuantificados para el 2007. Tiene 2 grandes objetivos generales.

– El primero es mejorar la calidad del servicio sanitario, es decir, mejorar la calidad de nuestra razón de ser, que son los servicios sanitarios que prestamos a los ciudadanos. Este objetivo tiene 7 objetivos específicos, 32 líneas de actuación y 42 indicadores con su fuente de información, situación actual y un objetivo cuantificado para el año 2007. La tabla 6 contiene una

Tabla 7. Objetivos específicos y algunos ejemplos de indicadores del objetivo general “Mejora de la calidad de la gestión” del Plan de Calidad 2003-2007

Liderazgo 7 líneas de actuación
10 indicadores

	Indicadores	Fuente	Actual	Objetivo 2007
Ej.	Organizaciones galardonadas con la Q de Plata de Euskalit o reconocimientos superiores	Euskalit (FVFC)	3	≥ 10
	Porcentaje de unidades de gestión clínica utilizando el modelo EFQM, como herramienta de autoevaluación	Informe anual	–	≥ 50%

Política y estrategia 8 líneas de actuación
7 indicadores

	Indicadores	Fuente	Actual	Objetivo 2007
Ej.	Percepción positiva del personal sobre su participación en los planes y objetivos	Encuesta de personas	34,9%	≥ 50%

Personas 8 líneas de actuación
10 indicadores

	Indicadores	Fuente	Actual	Objetivo 2007
Ej.	Percepción positiva de la promoción y desarrollo profesional	Encuesta de personas	53,3%	≥ 60%

Alianzas y recursos 10 líneas de actuación
14 indicadores

	Indicadores	Fuente	Actual	Objetivo 2007
Ej.	Porcentaje de cirugía mayor ambulatoria sobre el total de cirugía programada	Sistema de información AE	40,8%	≥ 50%
	Derivaciones de AP a AE/100TIS/año	Informe anual	33,3%	< 30

Procesos 8 líneas de actuación
6 indicadores

	Indicadores	Fuente	Actual	Objetivo 2007
Ej.	Porcentaje de personas que participan en proyectos de mejora: gestión de procesos, certificación ISO, 5S, otras metodologías de mejora, grupos de mejora, etc.	Informe anual	28% en hospitales	≥ 40%

El valor del indicador “actual” corresponde al año 2002.

AP: atención primaria; AE: atención especializada.

Tabla 8. Funciones del Comité de Dirección de cada organización de servicios en relación con los objetivos del Plan de Calidad y la gestión de su sistema de calidad (Instrucción 1/2004 de la Dirección General de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud)

- Elaborar y aprobar el Plan de Calidad
- Aprobar el diseño del “sistema de gestión de la calidad” de la organización
- Desplegar el Plan de Calidad hacia los procesos de la organización
- Poner en marcha los equipos de objetivos y de proyectos necesarios para el despliegue del Plan
- Evaluar regularmente el progreso del Plan de Calidad
- Aprobar anualmente un informe de progreso del Plan
- Establecer las medidas que considere oportunas para el avance del Plan, así como los ajustes necesarios en las líneas de actuación y los objetivos planteados
- Promover la evaluación regular de la satisfacción de los clientes externos
- Promover la evaluación regular de la satisfacción de las personas de la organización
- Diseñar e implantar el sistema de gestión de la calidad para los procesos de la organización, lo que implica:
 - Aprobar el Mapa de Procesos de la organización y designar a los responsables de proceso, a los que se instará para que establezcan un sistema de gestión de la calidad de su proceso
 - Promover la realización de auditorías internas de los procesos con el objetivo de verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad y detectar oportunidades de mejora
 - Analizar los resultados de la satisfacción de los clientes externos, así como de las auditorías internas y externas de los procesos, y efectuar con una periodicidad mínima anual la revisión del sistema de gestión de la calidad y el planteamiento de objetivos de mejora
 - Aprobar el alcance del sistema de gestión de la calidad sometido a la Norma ISO
 - Aprobar el desarrollo e implantación de cualquier otra herramienta que contribuya al objetivo estratégico de calidad total y, más concretamente, a los objetivos del Plan de Calidad

relación de los 7 objetivos específicos y diversos ejemplos de indicadores para cada uno de ellos.

– El segundo objetivo general es mejorar la calidad en la gestión. En este momento, sabemos que para que las organizaciones den servicios de calidad, deben tener un modelo organizativo, es decir un modelo de gestión, también de calidad.

Este segundo objetivo general tiene 5 objetivos específicos, los cuales se corresponden con los 5 criterios agentes del Modelo EFQM. Estos objetivos se despliegan en 41 líneas de actuación y 47 indicadores con su fuente de información, situación actual y un objetivo cuantificado para el 2007. La tabla 7 contiene una relación de estos 5 objetivos

específicos y diversos ejemplos de indicadores para cada uno de ellos.

Implantación del Plan de Calidad

Desde su aprobación y difusión en 2003, las diferentes organizaciones de servicios de Osakidetza han ido elaborando sus propios planes de calidad, alineados con el Plan corporativo.

Una de las líneas de mayor impacto dentro del plan, es la implantación de la gestión de procesos y de sistemas para

Tabla 9. Funciones del coordinador del sistema de gestión de la calidad de cada organización de servicios en relación con los objetivos del Plan de Calidad y la gestión de su sistema de calidad (Instrucción 1/2004 de la Dirección General de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud)

- Apoyar al Comité de Dirección en la planificación, desarrollo e implantación del Plan de Calidad
- Elaborar anualmente un Informe de Progreso del Plan de Calidad
- Desarrollar la estructura del sistema de gestión de la calidad para los procesos de la organización, y custodiar su documentación
- Diseñar y coordinar la realización de auditorías internas de los procesos
- Coordinar la realización de las encuestas de satisfacción de clientes y colaborar en la difusión de sus resultados
- Apoyar a los equipos de proceso en la implantación del sistema de gestión de la calidad de los procesos
- Apoyar a las unidades para la realización de autoevaluaciones EFQM y para la elaboración, implantación y evaluación de planes de gestión
- Identificar, analizar e informar a la dirección sobre aquellos problemas secundarios a las interacciones entre procesos detectados, y que pudieran afectar al cumplimiento de los requisitos de calidad, proponiendo en su caso posibles mejoras
- Promover y colaborar en el desarrollo de herramientas que contribuyan a la mejora del sistema de gestión de la calidad y a la consecución de los objetivos del Plan de Calidad

Tabla 10. Funciones de la Comisión de Calidad de cada organización de servicios en relación con los objetivos del Plan de Calidad y la gestión de su sistema de calidad (Instrucción 1/2004 de la Dirección General de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud)

Colaborar con el Comité de Dirección en la implantación del Plan de Calidad
Colaborar en el diseño del sistema de gestión de la calidad de los procesos
Identificar y analizar los problemas detectados, secundarios a las interacciones entre procesos, y que pudieran afectar al cumplimiento de los requisitos de calidad, y en su caso proponer posibles mejoras
Analizar la evolución de los indicadores del Plan de Calidad y proponer en su caso líneas de actuación
Colaborar en la elaboración y actualización del mapa de procesos del centro
Detectar necesidades de formación y colaborar en el desarrollo del programa de formación necesario para la implantación del Plan de Calidad y, más concretamente, del sistema de gestión de la calidad para los procesos
Promover el desarrollo e implantación de sistemas de información de los procesos para la realización, entre otras, de las siguientes actividades: valoración de la eficacia y adecuación de los procedimientos sanitarios, y monitorización de las complicaciones
Establecer pautas para la elaboración y difusión de "guías de información para el paciente" sobre procedimientos y/o enfermedades que, por sus características de complejidad o carácter invasivo, sean consideradas útiles para la mejora de la comunicación con el paciente
Promover y proponer la realización de proyectos de investigación sobre evaluación y resultados en los servicios de salud
Promover la identificación y difusión de mejores prácticas de las unidades y procesos de la organización
Promover el desarrollo y utilización de otras herramientas que contribuyan al objetivo estratégico de calidad total y, más concretamente, a los objetivos del Plan de Calidad

la gestión de la calidad de éstos según la Norma ISO³². Esta línea de actuación incide directamente en el despliegue de la "función calidad" a todos los niveles de la organización, tal como establece el vigente Plan Estratégico, en su estrategia número 3.

Por ello se ha decidido dotar a las organizaciones de servicios de un enfoque sistemático acorde con sus características. Este enfoque incluye una serie de actuaciones facilitadoras para el avance y seguimiento del Plan de Calidad, que han sido objeto de una instrucción de la Dirección General de Osakidetza³³.

Esta instrucción indica las funciones del Comité de Dirección de las organizaciones de servicios en relación con el Plan de Calidad y la gestión de su sistema de calidad (tabla 8). Asimismo, establece la necesidad de la existencia en cada organización de 2 estructuras de apoyo al Comité de Dirección en estos aspectos: el coordinador del sistema de gestión de la calidad y la Comisión de Calidad. Sus funciones son enumeradas en las tablas 9 y 10, respectivamente.

Asimismo, se ha creado una comisión del Plan de Calidad presidida por el Director General, cuya secretaría recae en la Subdirección de Calidad Asistencial, que velará por la coordinación del conjunto del Plan y más específicamente se encargará de su seguimiento, evaluación y ajuste, mediante la puesta en marcha de medidas facilitadoras y de apoyo a las organizaciones de servicios, y, en su caso, el ajuste de los objetivos a conseguir.

Cada organización de servicios debe efectuar un informe anual de progreso del Plan de Calidad. Con el objeto de facilitar y homogeneizar la recogida de información, se ha elaborado un documento técnico que recoge la definición de todos los indicadores del Plan de Calidad y el formato para el Informe de Progreso³⁴.

Con toda esta información, se elabora el informe anual de Progreso del Plan de Calidad de Osakidetza-Servicio Vasco

de Salud, y en este momento se encuentra en fase de elaboración el informe correspondiente al año 2003.

Reto actual: la calidad en unidades y servicios asistenciales

El enfoque de la política de calidad en Osakidetza se ha diseñado a lo largo de los últimos años para efectuar un despliegue en cascada de la implantación de la mejora continua, como herramienta integrada en el quehacer diario.

Si bien podemos decir que la calidad ha calado en general en los equipos directivos, los cuales han integrado en su modelo de gestión la calidad total, a través de las autoevaluaciones EFQM y los planes de mejora integrados en la gestión, la implantación de la gestión de la calidad a niveles más operativos y, sobre todo, en los niveles asistenciales, es un área de mejora prioritaria, en la medida en que la asistencia sanitaria es el proceso clave fundamental de nuestra organización. De modo que el despliegue de la "función calidad" a este nivel se ha planteado en el reciente Plan Estratégico.

La experiencia adquirida en Osakidetza durante los últimos años con la gestión de procesos, la certificación ISO y las autoevaluaciones EFQM, así como la aceptación y motivación que generan en los profesionales estas herramientas, ha hecho que nos planteemos la extensión en su uso como uno de nuestros objetivos, de modo que se haga realidad la integración de la gestión de la calidad en el trabajo diario de las unidades y servicios asistenciales.

Para facilitararlo, hemos diseñado 2 herramientas adaptadas al sector sanitario y a este nivel de despliegue, que facilitan tanto la autoevaluación EFQM como la gestión por procesos (acorde con los requisitos de la Norma ISO 9001:2000)^{14,15}.

De este modo, el despliegue del Plan de Calidad 2003-2007 en las unidades y servicios asistenciales, se plantea mediante 2 estrategias simultáneas:

- Introducción de mejoras sistemáticas en el proceso asistencial de los siguientes atributos de la calidad del servicio sanitario: eficacia, continuidad de la atención, adecuación de uso de las prestaciones, seguridad de los pacientes, accesibilidad, trato e información. ¿Cómo? Mediante la incorporación como requisitos técnicos de los objetivos del Plan de Calidad en las guías de práctica clínica y en la gestión de procesos/certificación ISO.

- Introducción de mejoras sistemáticas en la gestión de la unidad en los siguientes aspectos: liderazgo, planificación, gestión de personas, gestión de alianzas, gestión de recursos y gestión por procesos. ¿Cómo? Mediante autoevaluaciones EFQM y elaboración de planes de gestión, incorporando como objetivos de mejora los objetivos del Plan de Calidad en estos aspectos.

Algunos de los objetivos del Plan de Calidad van en esta dirección. Así, para el 2007 nos planteamos que en la totalidad de Osakidetza, más del 40% de las personas participen en proyectos de mejora, o que más del 50% de las unidades de gestión utilicen el Modelo EFQM como herramienta de autoevaluación.

Ésta es una de las apuestas fundamentales en calidad para los próximos años. Nuestra visión dice que “queremos ser una corporación sanitaria excelente, orientada al paciente”, pero sabemos que una empresa es excelente/de calidad en la medida en que lo son todos sus grupos naturales de trabajo. De la misma manera, Osakidetza estará orientada al paciente cuando lo estén todas sus unidades y servicios asistenciales.

Reflexiones finales

A lo largo de la extensa trayectoria de Osakidetza, desde el año 1992, con una apuesta explícita por la calidad, hemos tenido que tomar decisiones en cuanto a los enfoques y herramientas a utilizar. El entorno social y empresarial ha facilitado probablemente nuestra opción por modelos homologados internacionalmente no específicos del sector sanitario, como son el Modelo EFQM y la certificación ISO.

En este momento, debido a la globalización de la economía, estamos asistiendo a una progresiva implantación de estos modelos en el sector sanitario, y existen organismos internacionales con proyectos específicos en este sector, en cuyas actividades participa nuestra organización, como el EFQM Health Sector Group³⁵ o el European Committee for Standardization³⁶. Ambos impulsan y desarrollan diferentes proyectos para facilitar la implantación de estas herramientas en el sector sanitario. Mediante éstas se intentan integrar las mejores experiencias en gestión de la calidad con las prácticas de la medicina basada en la evidencia, tal como se está planteando ya en nuestro medio profesional en distintos foros los últimos años³⁷.

Es cierto, sin embargo, que la actividad sanitaria tiene características que pueden ser abordadas con más especifici-

dad mediante otros sistemas ya establecidos de acreditación sanitaria, como los de la Joint Commission International Accreditation³⁸ o el Health Quality Service³⁹.

En nuestro caso, ha sido a través de las auditorías de las condiciones de calidad de los contratos-programa promovidos desde la agencia financiadora, el Departamento de Sanidad, como se ha abordado la evaluación de las características de calidad más específicamente asistenciales. Este sistema tiene 2 ventajas fundamentales: la adaptación a las necesidades sanitarias de la población atendida y la flexibilidad en la determinación de los estándares e indicadores a evaluar.

Una de las líneas de futuro para el análisis de los niveles de calidad de las actuaciones sanitarias descansa en una mejor explotación de las bases de datos administrativos, como propugna la Agency for Healthcare Research and Quality⁴⁰. Adicionalmente, el establecimiento de registros obligatorios de indicadores de calidad para determinados procesos asistenciales (p. ej., cáncer, infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular agudo, etc.), a semejanza de cómo se está ya haciendo en algunos países de nuestro entorno⁴¹, es un enfoque complementario del anterior. Por su interés, nuestro Plan de Calidad contempla también el desarrollo de estos sistemas de información.

No obstante, no hay que perder de vista que el objetivo fundamental de las políticas de calidad es mejorar, y todos los enfoques pueden ser adecuados si son suficientemente sólidos, se mantienen en el tiempo, se evalúan y se mejoran⁴².

A pesar de todos nuestros esfuerzos, hay que reconocer que el futuro de los servicios sanitarios está más allá de la implantación de los sistemas de calidad. Temas clave como el ajuste de la oferta y la demanda, la modernización e innovación en las tecnologías y equipamientos, la financiación de nuevos servicios, la contención del gasto sanitario y/o el copago, la necesaria renovación generacional, etc., van a condicionar el futuro de nuestro sistema sanitario. En cualquier caso, los sistemas de calidad nos van a permitir estar en la mejor posición para afrontar estos retos y dificultades y, casi siempre, saber por qué nos puede llegar a amenazar el declive si no se afrontan de forma adecuada en los niveles de decisión política determinados problemas del sistema.

Bibliografía

1. Memoria 2002. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2003.
2. EFQM. Modelo EFQM de Excelencia. Madrid: EFQM y Club Gestión de Calidad, 2003.
3. Plan Integral de Calidad para centros hospitalarios. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 1992.
4. Estrategias de cambio para la Sanidad Vasca. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad. Osasuna Zainduz, 1993.
5. Plan Estratégico 1998-2002. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 1998.
6. Arcelay A, Sánchez E, Hernández L, Inclán G, Bacigalupe M. Self-assessment of all the health centers of a public health

service through the European Model of Total Quality Management. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 1999;12:54-8.

7. Sánchez E, Darpón J, Villar F, Letona J, Martínez-Conde A, González Llinares R. De la gestión de la calidad hacia la excelencia en la gestión a través del modelo de autoevaluación de la European Foundation for Quality Management (EFQM) en una red pública de centros sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:177-83.
8. Manual de encuestas de pacientes [en prensa]. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2004.
9. Manual de evaluación y mejora de la satisfacción de las personas en las organizaciones de servicios. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2001.
10. Guía para la autoevaluación de organizaciones sanitarias [versión simplificada]. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2000.
11. Guía para la autoevaluación de organizaciones sanitarias [versión completa]. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2000.
12. Guía para la gestión de procesos. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 1999.
13. Guía para la autoimplantación de la metodología 5S en organizaciones sanitarias. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2003.
14. Guía de Autoevaluación para Unidades de Gestión. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2004.
15. Guía para la implantación de un sistema de gestión por procesos basado en la Norma ISO 9001:2000 [en prensa]. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2004.
16. Homogeneización de Indicadores del Sistema de Información de Atención Especializada. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2002.
17. Guía para la representación de los procesos de un hospital. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2003.
18. Guía para la representación de los procesos de un hospital. Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2003.
19. Paino M, Berraondo I, Sánchez E, Darpón J. Experiencia de certificación con Normas ISO en centros de atención primaria. *Cuadernos de Gestión para el profesional de Atención Primaria* 2002;8:106-14.
20. Berraondo Zabalegui I, Paino Ortuzar M, Sánchez González E, Darpón Sierra J. Gestión por procesos en atención primaria. II Jornadas de Intercambio de Experiencias. Premios Sedap. La Toja (Pontevedra), 2004.
21. Perez Boillos MJ, Letona J, Sánchez E, Audicana A, Gutiérrez F, San Martín A. Implantación de la gestión por procesos en una corporación sanitaria a través de la certificación según la norma ISO 9001:2000. *Rev Calidad Asistencial* 2003;18:530.
22. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Memoria Q de Plata 2000: Hospital de Zumarraga. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2001.
23. Memoria Q de Plata 2000: Hospital de Bidasoa. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2001.
24. Memoria Q de Plata 2001: Hospital Psiquiátrico de Álava y Salud Mental extrahospitalaria. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2002.
25. Memoria Q de Plata 2003: Hospital Txagorritxu [en prensa]. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2004.
26. Memoria Q de Plata 2003: Osatek [en prensa]. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2004.
27. Memoria Q de Plata 2003: Comarca Guipúzcoa Este [en prensa]. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2004.
28. Memoria Q de Oro 2002: Hospital de Bidasoa. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2003.
29. Memoria Q de Oro 2003: Hospital Zumárraga [en prensa]. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2004.
30. Plan Estratégico 2003-2007. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2003.
31. Plan de Calidad 2003-2007. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2003.
32. UNE-EN ISO 9001. Sistema de gestión de la calidad. Requisitos (ISO 9001:2000). Madrid: AENOR, 2000.
33. Instrucción 1/2004 de la Dirección General de Osakidetza. Vitoria-Gasteiz: Servicio Vasco de Salud, 2004.
34. Plan de Calidad 2003-2007. Definición de indicadores. Informe de progreso. Documento técnico. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2003.
35. EFQM Health Sector Group: Strategic Direction of the EFQM Health Sector Group, 2001 [consultado 01/03/2004]. Disponible en: http://www.efqm.org/model_awards/public_sector/downloads/Healthcare%20v2.pdf
36. CEN/BT/TF 142. Presentation of the TF 142 working draft for a CEN/Technical Specification on Requirements for health based on ISO 9001:2000. Open Forum on Healthcare Services Quality Management. Madrid, 2003.
37. Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de la calidad total y medicina basada en la evidencia. *Med Clin (Barc)* 2000;114:460-3.
38. Joint Commission International Accreditation. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 2nd ed. Chicago: Joint Commission International Accreditation, 2002.
39. The Health Quality Service. New International Standards, 2003 [consultado 04/02/2004]. Disponible en: <http://www.hqs.org.uk>
40. Agency For Healthcare Research And Quality: Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals. Volume, Mortality, and Utilization. AHRQ Pub. No. 02-R0204, 2003 [consultado 03/03/2004]. Disponible en: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/pub/inpatient/iqi_guide_rev2.pdf
41. Garpenby P, Carlsson P. The role of national quality registers in the Swedish health service. *Health Policy* 1994;29:183-95.
42. Sánchez E. Modelo EFQM y Calidad Asistencial. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:64-6.