

La función de calidad en las organizaciones sanitarias

Rosa Ruiz Cortinas

PID_00153933



Universitat Oberta
de Catalunya

www.uoc.edu

Índice

Introducción	5
Objetivos	8
1. La calidad	9
1.1. Terminología básica en calidad	9
1.2. Definiciones del término <i>calidad</i>	12
2. La mejora de la calidad	18
2.1. Estrategia para diseñar la mejora	18
2.2. Los planes de calidad y mejora	21
3. La evaluación y los indicadores	22
4. Las estructuras organizativas de la gestión de la calidad	28
4.1. Estructuras de calidad en las organizaciones en general	29
4.1.1. Equipos de trabajo	29
4.2. Estructuras de calidad en las organizaciones sanitarias	37
5. La calidad de la atención al cliente	40
6. Anexo I. Ejemplos de planes de calidad	43
6.1. Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud	43
6.1.1. Introducción	43
6.1.2. Resumen de las medidas principales	48
6.2. De la excelencia a la innovación. Plan estratégico 2008-2012 de Osakidetza	54
6.2.1. Introducción	54
6.2.2. Objetivos de la elaboración del Plan estratégico 2008-2012	55
6.2.3. Orientación general del Plan estratégico 2008-2012	56
6.2.4. Retos estratégicos para el período 2008-2012	57
6.2.5. Compromisos contraídos con la sociedad vasca para el período 2008-2012	58
6.2.6. Ámbitos de actuación	59
6.3. Plan de calidad del Hospital Universitario Virgen de las Nieves 2005-2010	60
6.3.1. Introducción	60
6.3.2. Declaración de calidad del Hospital Universitario Virgen de las Nieves	62
6.3.3. Sistema de gestión de la calidad	63

6.3.4. Objetivos generales del sistema de gestión de la calidad	64
6.3.5. Objetivos específicos del sistema de gestión de la calidad	64
6.3.6. Los resultados esperados	65
6.3.7. Los objetivos estratégicos	69
6.3.8. Los objetivos operativos	69
Bibliografía	79

Introducción

Las organizaciones y los servicios sanitarios han tenido y tienen de forma inherente la mejora de la calidad en su función, aunque muchas veces ésta no ha sido visible o ha estado poco explicitada en su misión y en sus planes estratégicos.

Por ello, poco podremos explicarles a los profesionales de la sanidad (médicos, enfermeras y personal de atención al paciente) sobre cómo mejorar sus actuaciones, si en el día a día su principal objetivo es atender cada vez mejor a sus pacientes.

O quizás sí, y éste es el objetivo de este módulo, podemos ayudarlos a implantar una metodología que os permita evaluar de forma objetiva esta mejora intrínseca a su función y a planificar adecuadamente las acciones de mejora necesarias en aquellas áreas en las que todavía es posible mejorar.

Hoy en día, en las empresas y las organizaciones más maduras, en términos de calidad, se habla ya de la función de calidad como una función asociada a cualquier otra función de la organización, desde la función productiva hasta la función planificadora y gestora; o lo que es lo mismo, traducido a los servicios sanitarios, la función global de atención al paciente.

No es una política paralela o un plan separado del objetivo principal de la organización, sino una función más, incluida en todas las actuaciones de los profesionales de la salud.

En esta asignatura, intentaremos hacer visible, mediante una pincelada de metodología, esta función como parte integrante de nuestra misión y nuestros objetivos de atención a la salud de la población.

Debe quedar claro desde el inicio que, si bien es necesario un cierto conocimiento de metodología de calidad y de una serie de conceptos teóricos, éstos no son un fin en sí mismos, sino una herramienta que nos ayuda en nuestros objetivos de mejora.

En Internet hay una serie de artículos bajo el nombre del "aprendiz de mago" en los que se intenta descifrar el complejo mundo de la gestión de calidad y, en concreto, del modelo europeo (EFQM). A continuación, transcribimos uno sobre el que vale la pena reflexionar antes de iniciar el arduo camino de la teoría y el método.

La cocina de las monjas

"Un soneto me manda hacer Violante,
que en mi vida me he visto en tal aprieto"
Lope de Vega

Esta revista le ha pedido al aprendiz que escriba en ella. Esto ya había ocurrido antes y el aprendiz lo había hecho con alegría y agradecimiento, y sin mayores dificultades.

Pero esta vez se le piden una serie de artículos. El aprendiz en su vida se ha visto en tal aprieto porque, como dicen los orientales, es más fácil enfrentarse a un tigre que a cien gatos.

Al aprendiz, quizá porque lo es, le parece que sobre esto de la calidad ya está todo dicho. También puede ser que haya mucho dicho y muy poco hecho. Aunque, bien mirado, quizá lo que pasa es que hay mucho hecho pero queda muchísimo más por hacer.

El aprendiz, si algo lleva aprendido, es que esto es cosa de hacer más que de decir.

Joaquín Vílchez Montoya, *El Gato*, se queda mirando hacia el aprendiz como si lo estuviera viendo por dentro:

–Oiga, ¿no se estará usted liando?
–Puede. Hoy en día está todo muy confuso.
–Ándese con cuidado, que hay mucho psiquiatra suelto.

El Gato es hombre cabal y también precavido. En esto se echa de ver que es persona de mundo. *El Gato* anduvo muchos años emigrado, acarreado europeos de cinco en cinco docenas en su autocar. El director de su empresa le dio el premio mayor a la eficacia y la precisión, lo que, viniendo de manos de los suizos, es cosa de mucho mérito y lucimiento. Cuando *El Gato* se volvió a **Huétor Vega**, se compró una haza para sembrar habas y un taxi en el que suele transportar al aprendiz y darle lección cuando lo ha menester. *El Gato* no lo sabe, pero es un experto en calidad total.

El aprendiz no encuentra mayores asuntos de los que pueda escribir. En realidad, esto de la calidad trata de hacer bien las cosas, pero ¿qué cosas? ¿Las cosas que hace el aprendiz o las que hacen los demás? ¿Todas las cosas?

El aprendiz empieza a pensar que, si se organiza un poco y echa mano del prójimo, tal vez consiga que el prójimo le eche una mano a él, y a lo mejor, compartiendo sus reflexiones con unos y con otros, se les aclaran las ideas a muchos e incluso acaban aprendiendo algo unos pocos.

El Gato parece propiamente que le está leyendo el pensamiento:

–¿Por qué no les pide usted a los lectores de la revista que le escriban y le den los temas?

El aprendiz pone en conocimiento general que a *Qualitas Hodie* le ha parecido bien esta idea, de manera que quien quiera decirle algo lo puede hacer escribiendo, llamando o enviando un correo electrónico a la revista, y él le contestará en la medida de sus posibilidades. Todas las ideas, reflexiones y opiniones a favor y en contra serán bienvenidas y siempre agradecidas.

Como el aprendiz sigue sin encontrar tema, se pone a hojear el libro que ha comprado para regalarle a **Mary Carmen**: *Cocina monacal: 218 recetas de 71 monasterios de las hermanas clarisas*; y mirad lo que se encuentra:

Dicen **Juan María Arzak** y **Pedro Subijana** en el Saludo:

"[...] para confeccionar un plato de calidad, se necesitan dos ingredientes fundamentales: la utilización de buenas materias primas y el cariño del cocinero en su elaboración. Estas recetas de las entrañables hermanas clarisas rezuman por todas partes el **amor por las cosas bien hechas**, el mimo en la elección de productos naturales y la sabiduría que nace de la experiencia."

El aprendiz piensa que quizá merezca la pena leerse todo el libro. Lo intenta, pero se ve que la cocina no es lo suyo y se salta las recetas. Al final, da con unos consejos monacales, que se resumen en el recuadro.

Bueno, parece que aquí está todo: el cliente, la motivación, el hacerlo bien a la primera, la innovación, los recursos, la formación, y hasta los costes de la calidad y la tecnología.

–No hay que darle vueltas; estas monjas son japonesas.

–No, señor. Las hermanas clarisas lo que son es monjas. Las monjas saben lo que hacen, hacen sólo lo que saben y saben que la forma de hacerlo es hacerlo bien. El que no lo vea es porque va como adormecido.

El Gato acaba de darle la clave al aprendiz. Lo que el aprendiz va a hacer es dejarse de buscar temas y andar bien despierto mirando a todos lados; los temas vendrán del entorno y ya irán dejándose aprender y dejándose contar.

Extracto de los consejos monacales

- No necesariamente los platos más ricos son los que se elaboran con los ingredientes más caros.
- Es importante cocinar con los productos de nuestra tierra. En muchas ocasiones apreciamos más lo ajeno que lo de casa.
- Hay que cocinar con mimo y cariño.
- Si queremos llevar una buena economía familiar, debemos conservar las sobras. No tenemos que tirar nada.
- Algunos de los nuevos aparatos [...] son útiles para trabajar con rapidez.
- Es bueno educar a los más jóvenes en el aprecio y la estima por la cocina bien hecha.
- A veces, el éxito de una receta está en su presentación.
- En la cocina hay que ser atrevido y actuar con imaginación... La mayor parte de las recetas que conocemos proceden de cocineros no profesionales con espíritu de innovación.
- Hay que ser escrupuloso con la limpieza y el orden –no es más limpio el que más limpia, sino el que menos ensucia– y tener las cosas en su sitio [...] y cuidarlas.
- Cocinar es un arte y puede ser una obligación o una diversión gratificante. [Agradecemos a Dios el] permitirnos hacer felices a los demás desde los fogones de nuestros monasterios.

Objetivos

Al finalizar la lectura de este material, habréis logrado los objetivos siguientes:

- 1.** Conocer unas pequeñas nociones teóricas de calidad y de metodología para aplicarlas en la mejora continua de vuestros servicios.
- 2.** Ser capaces de pasar de la teoría a la práctica.
- 3.** Interiorizar los conocimientos, sedimentarlos, interpretarlos y traducirlos a vuestra realidad y, sobre todo, adaptarlos a vuestro entorno y a la filosofía y los valores de vuestra organización.
- 4.** Colaborar y, aún más, liderar la implantación de un proyecto de mejora o de gestión en vuestro servicio o unidad.

1. La calidad

1.1. Terminología básica en calidad

Muchas veces, cuando hablamos de calidad, usamos un lenguaje poco habitual o con significado diferente del usado en nuestras organizaciones. Por eso es importante aclarar algunos términos que se utilizan en nuestro entorno con concepciones diferentes de las usadas en la terminología de calidad.

El léxico de la calidad no debe ser un impedimento al avance en la mejora de calidad de nuestras organizaciones ni una excusa para no poner un poco de método en nuestras acciones.

Los que nos dedicamos al mundo de la calidad debemos hacer un esfuerzo para traducir estos términos de forma que sean comprensibles para la mayoría de los profesionales de los centros sanitarios y parecidos a los que están acostumbrados a utilizar para hacerse entender por los pacientes.

Éste es el objetivo de este apartado, y en él se definen algunas de las palabras más usadas en metodología de calidad, sobre todo aquéllas que pueden generar dudas en sus acepciones y que veréis utilizadas en los apartados siguientes, aunque no pretendemos hacer un diccionario exhaustivo de todos los términos.

Aunque se basan en los estándares del lenguaje de calidad, las descripciones son una adaptación práctica a la realidad de los centros sanitarios, con lo que se intenta que sean más comprensibles e incluyen ejemplos para facilitar la misma.

1) Proceso. Es el conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, que transforman elementos de entrada en resultados, aportando valor añadido. Es decir, es todo aquello que hacemos (actividades), con el orden en el que lo hacemos (interacciones), añadiendo nuestros conocimientos (valor añadido) para atender a un paciente (elemento de entrada) y conseguir una mejora de su salud (resultado).

Si clasificamos un poco estos procesos, veréis que se comprende mejor el término y se identifica más con nuestro día a día.

Nota

Estas descripciones no siguen un orden alfabético sino un orden lógico que ayudará a comprender mejor los términos que vamos a utilizar.

2) **Proceso organizativo o de gestión.** Es el conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, que transforman elementos de entrada en resultados, aportando valor añadido, y cuyo objetivo es organizar o gestionar algún tema o actividad.

En las organizaciones sanitarias, estos procesos pueden ser de carácter asistencial o no.

Por su magnitud, algunos de estos procesos se consideran macroprocesos y se desglosan en subprocesos.

Dentro del entorno de la calidad y en las organizaciones sanitarias, estos procesos se acostumbran a agrupar en:

- Procesos estratégicos de la dirección. Son aquellos que interactúan con todos los demás procesos y que tienen una dimensión estratégica para la empresa. Dentro de este grupo incluiríamos, por ejemplo, la planificación, la estrategia o la evaluación de resultados.
- Procesos operativos o claves. Son los directamente relacionados con el objeto y la misión de nuestra organización, es decir, con la atención al paciente.
- Procesos asistenciales. Incluyen la hospitalización, la atención ambulatoria, la atención urgente, las intervenciones quirúrgicas, etc.
- Procesos de soporte. Son imprescindibles para la correcta realización de los procesos operativos y les aportan valor añadido, pero sin tener una relación directa con el servicio. Pueden ser:
 - asistenciales: laboratorio, farmacia, etc., y
 - no asistenciales: mantenimiento, compras, etc.

3) **Mapa de procesos.** Es una representación gráfica del funcionamiento básico de una organización (hospital, servicio, unidad, etc.) para llevar a cabo su misión. Debe incluir:

- los procesos más importantes para entender el funcionamiento de su organización: estratégicos, claves y de soporte, y
- la representación de las interacciones entre ellos.

4) **Proceso de gestión de las enfermedades o proceso clínico.** Es el conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, que transforman elementos de entrada en resultados, aportando valor añadido, y cuyo objetivo es la atención a la salud en todos sus aspectos.

Ejemplo

Ejemplo de proceso organizativo asistencial

Gestión de la atención al paciente quirúrgico.

Ejemplo de proceso organizativo no asistencial

Gestión de las compras.

Estos procesos acostumbran a incluir la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de un grupo homogéneo de pacientes (o con un problema de salud similar).

Ejemplo de proceso clínico

La gestión de la EPOC.

5) Procedimiento. Es la manera de hacer una actividad concreta (el cómo hacemos las cosas). En la mayoría de los casos, estas actividades concretas forman parte de un proceso o de un subproceso.

Estas actividades pueden ser tanto asistenciales como administrativas, de gestión o de otros aspectos de la organización.

Los procedimientos pueden estar documentados o no. Cuando un procedimiento está documentado, se utiliza con frecuencia la expresión *procedimiento escrito* o *procedimiento documentado*.

Ejemplo

Ejemplo de procedimiento asistencial o clínico

Descripción de la inserción de una sonda urinaria.

Ejemplo de procedimiento no asistencial

Descripción de la forma de dar de alta a un trabajador a la Seguridad Social.

6) Indicador. Son los datos o el conjunto de datos que miden objetivamente la evolución o el resultado de un proceso, un procedimiento o una actividad.

7) Documento. Es el soporte documental en el que se explica cómo se lleva a cabo un proceso, un procedimiento o cualquier otra actividad. Este documento es la evidencia de que el proceso o el procedimiento está planificado y diseñado.

8) Documentos específicos de los procesos de gestión de las enfermedades. Los procesos de descripción de cómo se realiza la atención clínica se acostumbran a documentar en:

- guías de práctica clínica,
- vías o trayectorias clínicas y
- protocolos.

Cada uno de ellos tiene sus propias características, pero todos explican cómo se deben llevar a cabo los procesos de atención clínica.

9) Registros. Son documentos en los que se recogen los datos que servirán para demostrar la realización de una acción y que en muchos casos serán la base para la construcción de indicadores (registros clínicos, registros administrativos, partes de reparación de averías, registros de actividades formativas, etc.).

10) Requisitos (necesidad o expectativa establecida, implícita o obligatoria). Es todo aquello que le pedimos como resultado directo o indirecto a un proceso o actividad. Parece difícilmente descifrable, pero vamos a poner un par de ejemplos fáciles y lo entenderéis:

- Los requisitos de un informe médico de alta son que contenga, como mínimo y entre otros aspectos, antecedentes, anamnesis, exploración, diagnóstico, tratamiento y consejos al alta.
- Los requisitos del paciente para que pueda llevarse a cabo una intervención quirúrgica son, como mínimo, que se haya hecho un correcto estudio preoperatorio y una correcta profilaxis antibiótica, y que el paciente haya firmado el documento de consentimiento informado.

11) **Incidencia.** Es un incumplimiento leve de los requisitos que, en general, no impide continuar el proceso. Es decir, tiene un impacto pequeño en la consecución de los resultados y la mayoría de las veces es solucionable al instante o a corto plazo.

12) **No conformidad.** La incidencia es un incumplimiento grave de los requisitos que, en general, impide continuar el proceso. Es decir, tiene un impacto importante en la consecución de los resultados y la mayoría de las veces no es solucionable al instante o a corto plazo.

1.2. Definiciones del término *calidad*

Son muchas las definiciones que podemos encontrar en la literatura del término *calidad*.

Debemos tener en cuenta, para la comprensión de las mismas, que todas ellas nacieron en el entorno industrial; por ello, a veces cuesta ver su aplicación en el entorno sanitario.

Estas definiciones han ido evolucionando en el tiempo, a la vez que lo hacían los modelos de administración y de gestión de las empresas.

El análisis conceptual de las mismas evidencia que las nuevas definiciones han ido completando y enriqueciendo las anteriores con más dimensiones o características de calidad, creciendo a modo de los juegos de muñecas rusas.

Pero aunque no vamos a hacer aquí un recorrido exhaustivo por dichas definiciones, dado que si queréis las podéis encontrar en cualquier tratado de calidad (algunos de los cuales se citan en la bibliografía que se aporta), sí que vamos a explicar aquéllas más relevantes y, sobre todo, de mayor aplicación en las organizaciones sanitarias.

En primer lugar, enunciaremos algunas de las definiciones de los "gurús" de la calidad, y posteriormente, pasaremos a explicar los conceptos teóricos e intentaremos, por medio de ejemplos, ver su aplicación en la realidad de los servicios sanitarios.

Ejemplo de incidencia

El hecho de no disponer de algún dato administrativo (no imprescindible pero recomendable) del paciente en el momento de programar una visita es una incidencia que no impide la realización de dicha programación.

Ejemplo de no conformidad

El no disponer del estudio preoperatorio antes de iniciar una intervención quirúrgica se considera una **no conformidad**, dado que comporta la imposibilidad de llevar a cabo la intervención en ese momento.

1) **La calidad según sus "gurús"**. A lo largo de la historia, diferentes "gurús" han definido lo que entendían por calidad y han ido marcando su dimensión.

Crosby definió la calidad como el grado de cumplimiento de los requisitos. Se trata de un concepto y una dimensión muy centrados en el producto y en el contrato con el cliente.

Para Juran, la calidad es la adecuación al uso. Esta concepción ya no se fija tanto en los aspectos dimensionales del producto, sino en que sirva para aquello para lo que ha sido creado.

Deming introdujo por primera vez un aspecto crucial: la satisfacción del cliente como punto clave de la calidad.

Feigenbaum fue más allá al hablar no sólo de satisfacción, sino también de expectativas de los clientes.

Taguchi añadió los conceptos de costes y de la sociedad.

Las normas ISO definen la calidad como la totalidad de las características de una entidad que le confieren capacidad para satisfacer sus necesidades implícitas y explícitas. Ahora ya nos salimos del producto o el servicio y traspasamos el concepto a la organización y a sus capacidades para satisfacer las necesidades explícitas; esta definición también requiere que la organización haga el esfuerzo de conocer las expectativas del cliente (aquello que es implícito).

El "gurú" norteamericano Tom Peters va más allá y define la calidad como "la seducción de los clientes". La seducción es algo dinámico e interactivo, y necesita no sólo unas aptitudes (especificaciones y adecuación a la utilización), sino también unas actitudes de escucha activa y de comunicación proactiva de satisfacción.

Resumen

- Feigenbaum. Satisfacción de las expectativas del cliente.
- Taguchi. Minimización de las pérdidas causadas por el producto, no simplemente hacia el cliente, sino también hacia la sociedad a largo plazo.
- ISO 9000. Totalidad de las características de una entidad que le confieren la capacidad de satisfacer sus necesidades explícitas e implícitas.
- Tom Peters. Seducción de los clientes.
- Crosby. Grado de conformidad con los requisitos.
- Juran. Adecuación al uso.

2) Conceptos teóricos de la calidad

a) **Conceptos de calidad objetiva y calidad subjetiva.** La calidad objetiva deriva de la comparación entre un estándar y un resultado obtenido, referidos a características de calidad medibles cuantitativamente con métodos ingenieriles o tecnológicos. Este concepto define bien la excelencia, bien la superioridad técnica de los atributos del producto o del proceso, y es independiente de la persona que lleva a cabo la medición.

En cambio, la calidad subjetiva se basa en la percepción y en los juicios de valor de las personas, y es medible cualitativamente al estudiar la satisfacción del cliente.

Un resultado analítico, por ejemplo, una disminución del nivel de colesterol después de un tratamiento en una paciente con nivel alto del mismo previo al tratamiento y cercano ahora al estándar considerado correcto, mide la **calidad objetiva** de ese tratamiento.

El índice de prevalencia de la infección nosocomial, el índice de absentismo y los resultados económicos de una empresa son asimismo medidas de **calidad objetiva**.

En cambio, los índices de satisfacción que obtenemos de las encuestas realizadas a nuestros pacientes son, sin duda, medidas de **calidad subjetiva**, pues son el resultado de comparar las expectativas de éstos respecto a la atención recibida.

A pesar de que parecen dos conceptos contradictorios, nada más lejos de la realidad: debemos tener en cuenta que ambos son válidos y complementarios para valorar la calidad de nuestros servicios.

b) **Concepto técnico de calidad como conformidad con los requisitos.** El pensamiento de la orientación técnica de la calidad gira mayoritariamente en torno al concepto de calidad como conformidad con los requisitos desde las aportaciones pioneras de Shewhart. Para Shewhart, la definición de *calidad* debe servir sobre todo para medir la calidad del producto, de modo que sea posible un análisis continuo de su evolución en el tiempo.

Las medidas son tomadas continuamente para determinar la conformidad con aquellos requisitos. La no conformidad detectada es la ausencia de calidad. Los problemas de calidad se convierten en problemas de no conformidades y la calidad se convierte en definible.

Esta idea de calidad como cero defectos, como producto sin ninguna deficiencia es habitual en la literatura técnica sobre calidad.

En general, este concepto podría ser admisible en aquellos contextos en los que los requisitos establecidos por el cliente son fácilmente identificables y estables en el tiempo, de modo que la estandarización de productos y procesos sea factible.

La conformidad con los requisitos sería la definición de *calidad* más práctica y fácil de medir cuando las necesidades de los clientes son fácilmente traducibles a estándares.

El problema de admitir este concepto como el único de calidad técnica es que, en general, los requisitos los define la organización sin tener en cuenta el conocimiento real de las necesidades del cliente.

A pesar de ello, este concepto de calidad es útil parcialmente en algunos aspectos de las organizaciones sanitarias.

c) Concepto de calidad como aptitud para el uso. Los conceptos técnicos y estadísticos de calidad son absolutamente insuficientes para representar las responsabilidades de la empresa en la gestión de la calidad.

Su aplicación práctica ha conducido a olvidar uno de sus principios esenciales: las características y los requisitos de la calidad deben establecerse a partir de las funciones que el cliente desea que les preste el producto y de las necesidades de dicho cliente.

El enfoque de calidad orientada al cliente está presente en casi todos los enfoques modernos de gestión de calidad desde que Juran acuñara la idea de que el cliente es la pieza más importante de la línea de producción. La calidad se debe orientar a las necesidades del cliente presente y futuro (Juran, 1974). Sobre este concepto Juran construye el concepto de **calidad como aptitud o adecuación para el uso** del producto o servicio. En la tercera edición de su famoso *Quality control handbook*, de 1974, la calidad no consiste simplemente en no tener deficiencias. Implica además un producto o servicio con un conjunto de características que satisfagan las necesidades del cliente. En la cuarta edición de su manual, Juran configura definitivamente el concepto de calidad como aptitud para el uso, extendiéndola además al cliente interno.

El debate entre el enfoque de calidad como conformidad con los requisitos o de calidad como aptitud para el uso ha sido bastante controvertido. En la actualidad el segundo concepto es claramente predominante, de manera que se han basado en él las definiciones de *calidad* adoptadas por las organizaciones más prestigiosas, como la British Standards Institution, las normas ISO de AENOR, la Japan Industrial Standards o el propio modelo EFQM.

d) Concepto de calidad como satisfacción de las expectativas del cliente. La idea de que los requisitos de un producto o servicio deben ser establecidos en función de los requerimientos del cliente, idea en la que se basa el concepto de calidad como aptitud para el uso, tiene también sus problemas.

Referencias bibliográficas

- J. M. Juran (1974). *Quality control handbook* (3.ª edición). Hardcover.
- J. M. Juran; F. M. Gryna (eds.) (1988). *Juran's quality control handbook*. (4.ª edición). Nueva York: McGraw-Hill Companies.

Deja de lado el hecho de que los clientes no conocen generalmente los requisitos de calidad de un producto. Los clientes no siempre evalúan el desempeño de un producto en términos de conformidad con los requisitos preestablecidos, bien porque no se preocupan de los aspectos técnicos, bien sobre todo por desconocimiento de los mismos.

Los requisitos pueden fijarse en cualquiera de los procesos de la organización. Sin embargo, la percepción por el cliente sólo se configura al final del proceso, y depende de si el resultado obtenido confirma sus expectativas.

El concepto de calidad como satisfacción de las expectativas del cliente se desarrolla precisamente ante la conciencia de estos problemas y con el ánimo de superarlos.

Aunque los clientes no conozcan los requisitos que permiten juzgar la calidad de un producto de manera objetiva, sí que tienen expectativas, y éstas son susceptibles de medición, si bien de manera complicada en algunos casos.

La satisfacción de las expectativas tiene un alto componente subjetivo por dos razones:

- Cada cliente tiene diferentes necesidades y expectativas, y valorará la calidad de un producto o servicio según las suyas propias y lo cercanas que estén las características del mismo de esas expectativas.
- La percepción de calidad en la mente del cliente se forja con las impresiones recibidas, con las experiencias previas con la misma empresa, con la publicidad y con las recomendaciones o las opiniones de otras personas. Así, la diversidad de fuentes mediante las cuales llega al cliente información sobre la calidad de un producto o servicio, unida a los juicios de valor intrínsecos a cada persona, explica la variabilidad de percepción de la calidad de un producto o servicio entre diferentes clientes.

e) **Concepto de calidad total.** La expresión *calidad total* se refiere a que todas y cada una de las actuaciones de la organización deben plantearse con el objetivo de conseguir la mejor calidad para colaborar y aportar valor añadido al objetivo principal de la empresa y a la misión de la organización, que es mejorar la salud de sus pacientes.

Hoy en día, ya nadie duda que, por ejemplo, el nivel de calidad de una buena formación y capacitación de los profesionales sanitarios es básico para conseguir una buena atención.

También estaríamos de acuerdo en que la satisfacción y la motivación de estos profesionales influyen en el resultado final de su atención a los pacientes.

En nuestra opinión, uno de los mejores modelos de gestión de la calidad, que se basa en este concepto de calidad total, es el Modelo europeo de gestión de calidad.

Nota

De este modelo hablaremos más en profundidad en el próximo año.

En él, el concepto de calidad total pasa por la excelencia en la planificación y la gestión para conseguir unos resultados con un nivel de calidad que considere tanto la calidad técnica (procesos y resultados claves), como la satisfacción del cliente (resultados en los clientes) y su repercusión en la sociedad (resultados en la sociedad).

Otros conceptos que hemos de tener en cuenta al hablar de calidad total y que hoy en día están asociados totalmente a este término son los de ética, responsabilidad social, sostenibilidad y seguridad de pacientes.

3) Conceptos de calidad en las organizaciones sanitarias. Veremos que la mayoría de los conceptos más utilizados en las organizaciones sanitarias corresponden a algunas de las definiciones antes citadas y que en muchos casos son una mezcla de ellas.

En las organizaciones sanitarias, habitualmente se habla de **calidad asistencial** o **técnica**, en referencia al buen hacer de los profesionales sanitarios, siguiendo la evidencia científica y, sobre todo, con las menores complicaciones posibles, es decir, evitando los riesgos.

Así, por ejemplo, estamos habituados a medir la calidad con el objetivo de minimizar la "no calidad": pocas complicaciones, baja mortalidad, bajo índice de infecciones nosocomiales, etc.; es decir, cero defectos o cero efectos adversos.

Sin embargo, pocas veces medimos realmente los resultados en salud de nuestras actuaciones en general por la dificultad que esto supone.

Otra expresión habitual en servicios sanitarios orientados al cliente es hablar de **calidad percibida**, en referencia a la satisfacción del paciente con relación a sus **expectativas**.

También se habla de la **calidad de los procesos**; es decir, hacer las cosas bien aparentemente nos llevaría a un buen resultado.

La mayoría de estas definiciones no son excluyentes, sino que deben considerarse de forma integral en cualquier organización, y más en las organizaciones sanitarias.

2. La mejora de la calidad

2.1. Estrategia para diseñar la mejora

Alguien dijo que para mejorar la calidad se deben evaluar los resultados, para evaluar los resultados hay que medirlos primero y compararlos con los objetivos, y antes habrá que definir los objetivos y planificar las acciones para conseguirlos. Es decir, hay que:

- diagnosticar la situación inicial y detectar las áreas de mejora,
- definir los objetivos de mejora,
- planificar las acciones para conseguirlos,
- llevar a cabo las acciones previstas,
- medir los resultados obtenidos,
- evaluar dichos resultados,
- proponer e implantar acciones de mejora, y
- evaluar de nuevo los resultados de estas acciones.

Esta secuencia, que parece tan lógica, no siempre se utiliza en la mejora de calidad.

1) Diagnóstico de la situación y detección de las áreas de mejora. Antes de llevar a cabo un diagnóstico, debemos concretar si vamos a analizar toda la organización o un servicio o área concretos.

En la realización del diagnóstico deberían participar todas aquellas personas que, conociendo la organización o el servicio, puedan aportar opiniones válidas y elementos que enriquezcan el análisis, tanto de la situación actual como de la detección de las posibles áreas de mejora.

Cuanto mayor sea la participación de estas personas, mejor y más real será el diagnóstico que consigamos.

Previamente a la realización de un plan estratégico de la organización o de un plan de calidad que la abarque toda, acostumbra a hacerse un diagnóstico del punto de partida de la misma.

En este caso, hablamos de análisis macro, y los aspectos que hay que analizar acostumbran a ser muy generales y tienen en cuenta el entorno, sus amenazas y oportunidades, y los puntos fuertes y débiles de la organización.

El método que se debe seguir es el siguiente:

- analizar las amenazas del entorno para ver si podemos llevar a cabo acciones para contenerlas o convertirlas en oportunidades;
- analizar las oportunidades del mismo para detectar si alguna de ellas puede convertirse en una oportunidad de mejora de la organización;
- detectar los puntos fuertes internos para mantener los puntos fuertes, y
- utilizar los puntos débiles como oportunidades internas de mejora.

Este ejercicio de análisis permite definir qué aspectos internos o externos son posibles áreas de mejora de la organización.

Desde un servicio o unidad, para realizar un diagnóstico correcto del punto de partida, es decir, de la situación actual, deberíamos hacer un análisis más minucioso, sobre todo de sus puntos débiles.

Debemos llevar a cabo un análisis exhaustivo de los resultados obtenidos, y evaluarlos e identificar aquellos que no han alcanzado el objetivo propuesto y que podrían constituir áreas de mejora. Para utilizar esta estrategia, hemos de haber definido previamente los objetivos de la estrategia del servicio.

Muchas veces la situación real no nos permite hacer este análisis tan profundo y debemos conformarnos con realizarlo de forma subjetiva.

Aunque sea así, si este trabajo de análisis de la situación actual lo hacemos lo más participativo posible, contando con todas las opiniones que puedan aportar valor añadido, difícilmente erraremos el diagnóstico.

2) Definir los objetivos de mejora. Una vez detectadas las áreas de mejora, éstas deben concretarse en objetivos.

Para ello, en primer lugar debemos analizar el impacto que tendría su mejora en la organización, en los servicios y en los clientes.

También hemos de plantearnos el coste de realizar dichas mejoras, tanto en tiempo de dedicación (horas de recursos humanos) como en inversión en equipos u otros recursos.

Posiblemente no podremos abarcar a corto o medio plazo la consecución de todos los objetivos de mejora posible, y por ello deberemos priorizar aquellos que tengan un mayor impacto al menor coste.

Dado el objetivo principal de las organizaciones sanitarias y su misión, deberíamos priorizar en primer lugar aquellos que directa o indirectamente constituyan una mejora real y perceptible de la atención sanitaria que damos.

La definición de estos objetivos ha de ser concreta y debe integrar la forma en la que después evaluaremos su consecución.

Por lo tanto, debemos ya en este momento definir cuáles serán los indicadores con los que mediremos los objetivos.

3) Planificar las acciones para conseguirlos. Una vez decididos los objetivos que se han de alcanzar, es necesario planificar las acciones que nos lleven a conseguirlos, es decir, el "cómo lo haremos".

Estas acciones han de tener las premisas siguientes:

- deben enfocarse claramente al objetivo;
- han de ser concretas;
- tienen que estar bien diseñadas;
- han de estar planificadas en el tiempo, es decir, deben tener un inicio y un final, lo que conocemos como cronograma;
- deben tener un claro responsable de la consecución del objetivo;
- han de disponer de un seguimiento periódico, y
- han de contar con indicadores que nos permitan ver cómo van evolucionando.

4) Llevar a cabo las acciones previstas. Para realizar las acciones de mejora previstas, para conseguir un objetivo, debe estar claramente definido:

- quién es el responsable de su implantación;
- de qué recursos dispone para llevarlas a cabo;
- quién se encargará de su seguimiento, y
- cuál es el cronograma de implantación, es decir, su fecha de inicio y su fecha de finalización.

Es conveniente que el responsable de la implantación de las acciones de mejora se dote de un equipo multidisciplinar que incluya a representantes de todas las áreas y los colectivos afectados por el proyecto.

Esto permitirá implicar a las personas y a las áreas en una tarea común y hará que el resultado sea más satisfactorio y perdurable en el tiempo.

5) Medir los resultados obtenidos y evaluarlos. Si hemos llevado a cabo el proyecto siguiendo los pasos anteriores de forma correcta, será fácil medir y evaluar los resultados obtenidos tanto respecto a los objetivos como respecto al proceso en sí mismo.

6) Proponer e implantar acciones de mejora. Una vez evaluados los resultados de este proceso de mejora, debemos volver a iniciar el proceso de mejora continua aprovechando el aprendizaje conseguido.

2.2. Los planes de calidad y mejora

Actualmente, casi todas las organizaciones sanitarias disponen de planes de calidad o planes de mejora basados en el conocimiento de las necesidades de sus pacientes y sus resultados, y que incorporan las recomendaciones de las administraciones, del Sistema Nacional de Salud, de las comunidades autónomas y de las sociedades científicas.

La mayoría de ellos están limitados a la mejora de la calidad asistencial (técnica y de satisfacción de los pacientes), y son pocos los que incorporan conceptos de calidad total.

Acostumbran a ser planes paralelos a los planes estratégicos y son fruto de una agrupación de objetivos que denominamos objetivos de calidad.

Entre éstos, suelen tener un papel destacado los relacionados con la mejora de la satisfacción del cliente.

Desde un concepto de calidad total, es difícil de explicar el porqué algunos objetivos de la organización se engloban en este plan de calidad y otros muchos se agrupan en el plan estratégico.

Habitualmente, dentro de los objetivos de calidad de las organizaciones sanitarias, encontramos la adaptación de los propuestos en los planes de calidad nacionales o autonómicos, que por suerte, cada vez más, incorporan conceptos de modelos de gestión de calidad total.

Dada la relevancia de los mismos, hemos creído conveniente hacer un resumen de los apartados principales de algunos de ellos para que os sirvan de guía. En ellos encontraréis desde grandes estrategias y declaraciones de intenciones a objetivos concretos que aplicar en servicios y unidades.

Planes de calidad seleccionados

- Plan nacional de calidad del Ministerio de Sanidad. En él deberían basarse los planes de las comunidades autónomas y los de sus respectivos hospitales.
- Plan de calidad de Osakidetza del Servicio Vasco de Salud. Ha sido seleccionado por su madurez e innovación.
- Plan de calidad del Hospital Virgen de las Nieves de Córdoba, para que veáis, como los anteriores se concretan más, os he dado que es uno de los más detallados que se reflejan en las webs¹.

Ved también

Ved el anexo I, "Ejemplos de planes de calidad".

⁽¹⁾Todos estos planes son públicos y están publicados en sus respectivas webs.

3. La evaluación y los indicadores

Tal como hemos explicado anteriormente, es imprescindible la evaluación de los resultados obtenidos en una organización para detectar las áreas de mejora.

Habitualmente, en las organizaciones sanitarias disponemos de multitud de datos, de cuya fiabilidad dudamos a menudo y que pocas veces encontramos asociados a un objetivo concreto.

En primer lugar, hemos de medir para después poder evaluar. Es decir, cada vez que nos planteamos un proceso, una acción o un objetivo, hemos de tener claro cómo mediremos después si hemos hecho bien la acción o si hemos conseguido el objetivo esperado, y con qué lo compararemos para poder evaluarlo.

Pero dada la multitud de acciones y procesos que existen en las organizaciones sanitarias, también hemos de seleccionar cuáles de ellos evaluamos.

Por lo tanto, es imprescindible decidir qué mediremos y para qué, y cómo y cada cuánto.

- ¿Qué medimos?, ¿para qué?

Medimos aquello que nos sirve para tomar decisiones que nos permitan mejorar.

Estas preguntas y su respuesta, que parecen tan obvias, la mayoría de las veces no nos las hemos planteado. Bien, las plantearemos.

Para decidir qué medimos, primero hemos de definir de forma clara y concreta cuáles son nuestros objetivos principales (resultados) y qué acciones vamos a hacer para conseguirlos (procesos).

Muchas veces la medida de los resultados finales es difícil, y más si hablamos en términos de salud. Por ello, en general, es más fácil medir y evaluar si hacemos bien las cosas (procesos), presuponiendo que si es así, el resultado será bueno.

Después, hemos de hacer una **selección**. Está claro que no podemos medirlo todo. Generaríamos tal cantidad de información que difícilmente sería evaluable. Por ello, debemos seleccionar aquellos objetivos claves, es decir, los más importantes, teniendo también en cuenta que sean fáciles de medir y que esta medición permita una posterior acción de mejora.

No tiene sentido medir aquellos objetivos en los que nosotros no podemos influir para variar su resultado.

Bien, esta afirmación no siempre es real, dado que algunas veces nos vemos obligados a medir determinadas cosas, en general, por exigencia legal, en las que nosotros poco o nada podremos influir.

A la vez, también debemos seleccionar los procesos y los procedimientos más importantes de nuestra organización para medir si hacemos aquello que hemos dicho que íbamos a hacer.

Todo esto parece muy complejo y difícil. Vamos a ver cómo no lo es tanto.

Imaginemos que estamos en una unidad o servicio concretos.

Una buena estrategia sería la siguiente:

- En primer lugar, identificar aquello que ya por tradición medimos habitualmente, ver si nos es útil y si podemos asociar estas medidas a algún objetivo o proceso (aunque no lo tengamos documentado), y seleccionar las medidas que cumplan estos requisitos.
- En segundo lugar, ver si tenemos alguna norma externa (habitualmente legislación estatal o autonómica, o a veces, de la propia institución) que nos obligue a medir alguna otra actividad, aunque no tengamos poder de influencia sobre ella.
- En tercer lugar, ver si todos nuestros objetivos importantes y nuestros procesos disponen de alguna medida de su resultado.

Con estas tres premisas, podemos decidir el conjunto de actividades y objetivos que debemos medir en nuestro servicio o unidad para, a posteriori, evaluar su calidad.

- ¿Cómo lo medimos?, ¿cada cuánto?

Depende. Siempre que podamos deberíamos construir un indicador. Éste puede ser tan sencillo como sí o no, un número absoluto o un número relativo, es decir, una fórmula. También se puede hacer de forma más compleja.

Si un objetivo es elaborar un circuito para mejorar una actividad, podríamos medir primero si el circuito se ha diseñado o no (sí/no), pero también podríamos intentar medir si la actividad ha mejorado como consecuencia de haber diseñado el circuito (lo cual resulta complicado, pues muchas veces es difícil establecer la relación directa causa/efecto).

En general, los números relativos o fórmulas expresan mejor el objetivo que hay que conseguir que los números absolutos.

Si queremos medir si un equipo de atención primaria tiene un buen nivel de resolución de problemas, tendrá más significado cuantificar el porcentaje de derivaciones sobre el total de visitas realizadas que el número absoluto de derivaciones.

Pongamos otro ejemplo, Si queremos conocer la insatisfacción de nuestros pacientes basándonos en reclamaciones, tendrá más significado calcular el porcentaje de reclamaciones en relación con nuestra actividad que el número absoluto de reclamaciones. Esto cobra mayor importancia si queremos hacer comparaciones externas.

Si explicamos que el hospital A tiene cien reclamaciones y el hospital B tiene doscientas, sin aportar ningún otro dato, será erróneo afirmar que los pacientes del hospital B están más insatisfechos. En cambio, si decimos que el hospital A tiene un porcentaje de reclamaciones del 10% (número de reclamaciones sobre el número de atenciones) y el hospital B, un porcentaje de reclamaciones del 20%, estaremos en condiciones de afirmar que los pacientes del hospital B están más insatisfechos o que, como mínimo, reclaman más.

Ante todo, los indicadores deben cumplir una serie de requisitos que, por ser básicos y de sentido común, no dejan de ser importantes y que deben tenerse muy en cuenta. Han de:

- **Ser fiables.** Es decir, deben estar contruidos sobre datos sólidos. Esta fiabilidad es básica, no sólo para que el indicador sea bueno sino también para permitir la credibilidad externa. ¡Cuántas veces hemos oído decir a los profesionales: "esto no me lo creo, yo lo he medido y me da otro resultado"!
- **Ser reproducibles.** Han de poderse medir a lo largo del tiempo, medir lo mismo y medirlo de la misma forma.
- **Responder al objetivo.** Deben medir aquello que queremos saber de la forma más directa posible. Este punto es básico, dado que si no, no se nos permitirá actuar.
- **Ser estandarizables.** Es decir, si existe en la literatura una forma estándar de medir una cosa, debemos utilizarla y no inventar nuevas fórmulas. Esto nos permitirá la comparación externa.
- **Definir claramente cómo los medimos.** Es decir, hay que definir la fórmula de cálculo para que a lo largo del tiempo midamos los indicadores siempre igual.
- **Ser automatizables al máximo.** Siempre que podamos, mediremos aquello que tengamos en nuestras bases de datos informáticas y construiremos en ellas los indicadores. Ello no siempre es posible, pero debemos tenerlo en cuenta y hemos de evitar al máximo tener que recoger datos en papel, así como utilizar sistemas poco seguros.

La frecuencia de la medición está relacionada con la frecuencia con la que vamos a hacer la evaluación. Esta última dependerá de la capacidad de reacción que necesitemos o que podamos tener para mejorar.

Nota

Les proponemos a nuestros servicios que, a no ser que sea absolutamente imprescindible hacerlo, no midan nada manualmente, pues este método está condenado al fracaso a corto plazo, por el esfuerzo suplementario que representa.

Si el indicador está informatizado, la frecuencia de medición es poco relevante, siempre que nos permita la evaluación que hayamos definido y, por lo tanto, mediremos habitualmente de forma mensual. Pero si el indicador es manual, debemos pensarnos muy bien cada cuánto hacemos el esfuerzo de medir.

En el momento de construir los indicadores, es recomendable hacer una ficha de cada uno en la que consten sus características principales. Ésta debe estar a disposición de los que tengan que utilizar dichos indicadores y tomar decisiones con ellos para fomentar la transparencia y evitar dudas.

Os señalamos algunos de los campos que, en nuestra opinión y por su utilidad práctica, deberían figurar en estas fichas y su significado:

- Código del indicador. Es bueno dar un código interno al indicador que permita después identificarlo y agruparlo, si es necesario, con otros similares.
- Nombre del indicador. Se le ha de dar un nombre inequívoco, que identifique a este indicador y no a otro.
- Descripción del objetivo o proceso que mide este indicador. Esto permite la trazabilidad y, en consecuencia, saber dónde actuar si el indicador tiene un valor no deseado.
- Responsable del seguimiento del indicador. Es la persona, el grupo o la comisión responsable del seguimiento y de informar sobre él al responsable de la consecución del objetivo propuesto.
- Responsable del objetivo o proceso relacionado con el indicador.
- Ámbito de aplicación del indicador. Debe ser lo más concreto posible. Es decir, debe quedar muy claro si lo que medimos afecta, por ejemplo, a un servicio, a todo el hospital o sólo a un grupo de pacientes.
- Frecuencia de medición.
- Frecuencia de evaluación.
- Fuentes de datos. Hay que concretar de qué fuente o fuentes de datos recogemos éstos para la construcción del indicador.
- Fórmula de cálculo.
- Valor aceptable. Es el valor mínimo correcto.

- Valor óptimo. Es el valor deseable u objetivo. Es recomendable que exista este rango entre el valor aceptable y el óptimo.
- Nivel de referencia. Puede ser externo o interno. En este último caso, habitualmente utilizaremos el mismo valor del año anterior, si no disponemos de estándares externos validados.
- Lista de distribución. Es la relación de personas de la organización a las que se debe informar del seguimiento del indicador. Son las que habitualmente tienen responsabilidades sobre el objetivo y pueden tomar decisiones para corregirlo.
- Metodología de evaluación. Describe el sistema de evaluación que se utilizará.

Cuando ya tenemos toda la batería de indicadores definidos, es bueno proceder a su agrupación para facilitar su búsqueda y su lectura.

Las agrupaciones deben tener sentido para quien revisa los datos y, sobre todo, para quien debe tomar decisiones con ellos.

Los indicadores pueden agruparse siguiendo esta regla, es decir, según el responsable de los objetivos, o también otras, algunas de las cuales son estándares internacionales, como la agrupación por procesos de las normas ISO o la agrupación por procesos y resultados del modelo EFQM.

Evaluación del resultado de los indicadores

Existen dos tipos de estrategias de evaluación: la evaluación interna, también llamada autoevaluación, y la evaluación externa, realizada por instituciones u organizaciones externas a la nuestra.

Entre estas últimas, encontramos las evaluaciones obligatorias llevadas a cabo por organismos oficiales, como los gobiernos autonómicos, para la autorización o la acreditación de los hospitales. Éstas se basan en el cumplimiento de una serie de estándares o requisitos, decididos por la Administración con mayor o menor consenso profesional, y se apoyan en diferentes modelos, desde los más estructurales hasta los más dirigidos a la gestión de calidad, como el nuevo modelo de acreditación de hospitales de agudos de Cataluña, que aunque se basa en el Modelo europeo de gestión de la calidad (EFQM), incorpora también algunos requisitos de las normas ISO y de la John Commission.

También hay aquellas evaluaciones voluntarias por las que la organización sanitaria decide que quiere someterse a una evaluación externa de sus resultados en calidad para obtener una certificación o acreditación externa de una enti-

dad de prestigio que garantice su nivel de calidad. Entre éstas encontraríamos las certificaciones ISO, las evaluaciones externas del modelo EFQM o las de la John Commission.

Las evaluaciones internas son las más habituales en las organizaciones sanitarias, y van de las más informales a las más formales o metodológicas.

Las evaluaciones informales son las que la mayoría de nosotros estamos acostumbrados a hacer cuando un grupo o un servicio se reúne para decidir cómo van las cosas (con mayor o menor información) y cómo podemos mejorar.

De este extremo, por suerte cada vez menos habitual, al otro, las auditorías internas de gran dimensión metodológica, existe toda una gama de formas de evaluación.

Cada vez más, adoptamos un cierto método, nos basamos en datos objetivos y propiciamos la participación de todas aquellas personas que tienen algo sobre lo que opinar y que pueden aportar sus conocimientos.

En sí, la evaluación interna no es más que la autocrítica basada en datos lo más objetivos posible y en la que participan todos los profesionales que, con sus conocimientos, pueden hacernos llegar a un diagnóstico de la situación y a una propuesta de acciones de mejora.

A este concepto básico, podemos añadirle todo el método que podamos o sepamos para avanzar en la rigurosidad y en la eficiencia y la eficacia de las acciones de mejora.

4. Las estructuras organizativas de la gestión de la calidad

En este apartado, no vamos a hablar de cómo la gestión de la calidad influye en la estructura organizativa general de las empresas. Está claro que aquellas empresas que apuesten por implantar sistemas de gestión de calidad, basados en la gestión de los procesos, deben adaptar sus estructuras a esta gestión o fracasarán.

Aquí nos limitaremos a analizar las estructuras propias de la mejora o la gestión de calidad sin olvidar sus interacciones con la estructura organizativa general de la empresa.

Todas las organizaciones, incluyendo las sanitarias, poseen diversos tipos de estructuras para mejorar o gestionar su calidad.

En general, la estructura creada depende del tipo de organización, pero más de su filosofía y de su visión de lo que debe ser en la empresa la mejora o la gestión de la calidad.

Algunas de estas estructuras vienen dadas por una decisión de la dirección, pero otras muchas, sobre todo en las organizaciones sanitarias, nacen de la necesidad de los propios profesionales por aunar esfuerzos para mejorar en temas concretos. También en el caso de las instituciones sanitarias y, en concreto, en los hospitales, algunas de estas estructuras son una exigencia de la Administración estatal o autonómica para autorizar la existencia de los mismos o su inclusión en la red pública.

Seguramente recordaréis algunos decretos u órdenes ministeriales que obligan a los hospitales a disponer, por ejemplo, de comités de mortalidad o de infecciones, que como veremos más adelante, deben considerarse como grupos o equipos de mejora.

Antes de decidir qué estructuras son las más idóneas para la organización a la que pertenecemos, debemos tener claras algunas ideas.

En primer lugar, analizaremos las diferentes estructuras que existen en las organizaciones en general, para después centrarnos en el mundo sanitario y, finalmente, intentar analizar cuál sería la estructura más conveniente para conseguir los objetivos propuestos.

4.1. Estructuras de calidad en las organizaciones en general

En la actualidad, tanto directivos como académicos coinciden en reconocer la importancia de los equipos para el desempeño organizativo. En el ámbito de la gestión de calidad, el trabajo de equipo se considera como una práctica fundamental que posibilita el compromiso de los empleados y su participación en la mejora continua de procesos, productos y resultados.

4.1.1. Equipos de trabajo

¿Qué es un equipo de trabajo? ¿Es lo mismo que un grupo? ¿Cómo podemos organizarlos para que funcionen correctamente y alcancen los objetivos propuestos?

Para implantar equipos en la organización y lograr los resultados positivos asociados a esta forma de trabajo, todos sus miembros, tanto los directivos como los que formarán parte de los equipos, deben conocer el concepto y los aspectos básicos del funcionamiento de los mismos.

La aplicación del trabajo de equipo es básica e imprescindible en cualquier organización que pretenda mejorar o gestionar su calidad.

En el marco de la gestión de calidad, este tipo de trabajo desempeña diferentes funciones: como mecanismo impulsor, de participación, de fomento activo en la búsqueda de la mejora continua y capaz de dotar a la organización de flexibilidad.

Analicemos un poco cada una de esas funciones:

- Mecanismo impulsor que facilita el proceso de implantación en sus primeras fases. Así, los equipos constituyen un potente dispositivo de información necesaria para emitir un diagnóstico sobre el estado inicial de la empresa respecto a la gestión de calidad, para identificar las principales fuentes de coste de la "no calidad" y para iniciar la descripción gráfica de procesos y procedimientos.
- Mecanismo de participación. Los equipos proporcionan un espacio de relación que facilita la implicación activa de todos los miembros de la organización en la implantación y el desarrollo del sistema de calidad. En este sentido, los equipos de trabajo actúan como mecanismo de soporte a los flujos de información que permiten la circulación fluida de retroalimentación o *feedback* en todas las direcciones y todos los sentidos.
- Mecanismo de fomento activo en la búsqueda de la mejora continua. La estructura de equipos es el ámbito organizativo idóneo para que los empleados analicen la información que genera su trabajo, para que identifi-

quen desviaciones, variabilidades no deseadas u otros problemas de calidad, y para que formulen posibles soluciones.

- Mecanismo que dota a la organización de flexibilidad. Los equipos actúan como mecanismos de enlace que facilitan el intercambio de información "cara a cara", incrementando su capacidad de procesamiento de información y de adaptación al cambio.

En resumen, el trabajo de equipo constituye una de las piedras angulares de la gestión de la calidad, ya que proporciona la estructura de soporte adecuada para llevar a cabo las actividades relacionadas con la gestión de los procesos y la mejora continua de procedimientos, productos y servicios.

En esta línea, algunos autores (Moreno, Peris y González, 2001) llegan a calificar la práctica del trabajo de equipo como un principio motor del enfoque de gestión de la calidad total, ya que actúa como un elemento activo en el diseño y la implantación del sistema de calidad.

En el mismo sentido, Wilkinson y otros señalan, como elementos imprescindibles para conseguir la implicación de los empleados en el proceso de mejora continua, la aplicación de estructuras participativas, como los círculos de calidad y los equipos de mejora, y la realización de cambios en el diseño de la organización, como el establecimiento del equipo como unidad básica de trabajo incrementando su grado de autonomía.

Pero para conseguir la eficacia de los equipos, éstos no deben ser implantados de forma aislada, sino que, por el contrario, se recomienda su implantación en el marco de programas globales que generen en la organización las condiciones de contexto necesarias para acogerlos, como por ejemplo, los programas de gestión de la calidad. Así, se puede establecer una relación estrecha y bidireccional entre la implementación de los equipos y la gestión de calidad.

Por un lado, los equipos de trabajo permiten establecer condiciones que contribuyen a generar un determinado nivel de trabajo, compromiso con la tarea, valores comunes y unidad de esfuerzo entre los miembros de la organización, y por otro lado, el proceso de implantación de un sistema de calidad genera el contexto organizativo propicio para asegurar el éxito en la implementación y el desarrollo de los equipos.

Vista ya la interrelación entre la gestión de la calidad y la aplicación del trabajo en equipo, vamos a describir los diferentes tipos de equipos aplicados por las empresas que implantan sistemas de gestión de calidad.

Un vistazo a la realidad y a nuestro entorno nos muestra que las empresas tienen una tendencia natural a etiquetar con diferentes nombres particulares a los diversos equipos de trabajo que implantan.

Referencia bibliográfica

M. D. Moreno-Luzón; F. J. Peris; T. F. González (2001). *Gestión de la calidad y diseño de organizaciones. Teoría y estudio de casos*. Madrid: Prentice-Hall.

Referencia bibliográfica

A. Wilkinson y otros (1998). *Managing with total quality management*. Nueva York, Hong Kong: Theory and Practice, Macmillan.

Referencia bibliográfica

M. A. Escriba (2003). *Gestión científica empresarial. Temas de investigación actuales* (capítulo 9). Ed. Netbiblo.

No obstante, la revisión de las estructuras organizativas y el análisis de las funciones de los diferentes grupos nos permiten llevar a cabo una clasificación que, sin ser la única posible, nos sea útil para identificar qué tipos de grupos son los más adecuados para nuestra organización.

Teniendo en cuenta la función asignada a cada equipo en el marco de la gestión de calidad, podemos distinguir dos tipos de grupos: los comités de calidad, que desempeñan su papel esencial durante el proceso de diseño e implantación del sistema de calidad, y aquellos cuyo fin es la mejora de procesos, entre los que distinguiremos tres clases: los círculos de calidad, los equipos de mejora y los grupos autónomos.

Las características habituales más importantes y diferenciales entre ellos son las que se reflejan en la tabla siguiente, aunque algunas de ellas pueden ser, y son, modificables por la organización.

	Comités de calidad	Círculos de calidad	Equipos de mejora	Grupos autónomos o autodirigidos
Procedencia	De la misma o de distinta área funcional y/o del mismo o de distinto nivel jerárquico	De la misma área funcional y del mismo nivel jerárquico	De la misma o de distinta área funcional y/o del mismo o de distinto nivel jerárquico	Multifuncionales
Objetivo	Soporte para el diseño y la implantación del programa de gestión de calidad	Estudio de problemas de calidad en su área de trabajo	Calificación de procesos, mejora de la calidad y la productividad, y disminución de no conformidades.	Realización de su tarea y, a la vez, búsqueda de la mejora continua de los procesos.
Participación	Obligada	Voluntaria	Obligada o voluntaria	Obligada o voluntaria
Temporalidad	Permanentes	Permanentes	Desaparecen cuando desaparece el problema o se ha identificado el área de mejora.	Permanentes
Capacidad de decisión	Se crean para tomar decisiones que contribuyan a la implantación del sistema. Elevada implicación en las acciones propuestas	Sólo plantean sugerencias y la dirección decide. Menor implicación	Se crean para tomar decisiones que resuelvan el problema; a veces, esta decisión debe ser supervisada por la dirección. Elevada implicación en las acciones propuestas	Toman decisiones para mejorar un proceso; a veces, esta decisión debe ser supervisada por la dirección. Elevada implicación en las acciones propuestas
Vínculos con la estructura organizativa	Equipos paralelos	Mantienen la estructura organizativa	Equipos paralelos	Integrados en la estructura organizativa

Clasificación de los equipos relacionados con la gestión de la calidad

A continuación, definiremos un poco mejor las características de cada uno de ellos.

- **Comités de calidad.** Son equipos multifuncionales formados por personal procedente de distintas áreas funcionales de la empresa.

Generalmente, están integrados por los directivos de estas áreas junto con el gerente de la empresa, y en organizaciones grandes, incluyen algunos de los mandos intermedios.

Los comités de calidad se crean para iniciar y desarrollar el proceso de implantación del sistema de calidad.

El objetivo que persiguen los comités de calidad es diseñar e iniciar el programa de calidad. Estos comités constituyen un elemento clave para lograr la implicación y la coordinación de todos los departamentos.

Tras la implantación y el desarrollo del sistema de calidad, la función básica de estos equipos se centra en la evaluación y el mantenimiento del sistema.

Tal como se observa en la tabla anterior, la participación de los miembros del comité de calidad es obligada y se inicia en el momento en el que la dirección decide implantar un sistema de gestión de la calidad. Además, sus decisiones tienen carácter vinculante para toda la empresa.

Se consideran equipos permanentes, dado que su función está presente a lo largo de toda la vida del sistema de gestión de la calidad.

Estos equipos actúan de forma paralela a la estructura de la empresa, es decir, sus miembros, además de desempeñar el papel que les corresponde en la estructura ordinaria de la empresa, llevan a cabo tareas relacionadas con el diseño, la implantación, el desarrollo y el mantenimiento del sistema de calidad.

Esta afirmación, definida en la literatura, podría ser cuestionada si consideráramos que desarrollar un sistema de calidad está incluido en el papel correspondiente de cualquier directivo de la organización, ya que la función de mejora de la calidad de su área es intrínseca a la función de responsabilidad que asume.

- **Círculos de calidad.** Son los primeros equipos relacionados directamente con las actividades propias de la gestión de calidad, y durante varios años han constituido uno de los mecanismos de participación más utilizados por las empresas japonesas.

Sin embargo, a pesar de que en Europa, a principios de la década de los noventa, hablar de calidad era hablar de los círculos de calidad, la experiencia no fue tan satisfactoria, quizás por la falta de comprensión de la auténtica importancia de los círculos y la falta de confianza hacia los recursos humanos, actitud que caracteriza aún hoy en día la dirección de muchas empresas occidentales, excesivamente burocratizadas y altamente jerarquizadas.

Los círculos de calidad son pequeños grupos de empleados del mismo nivel jerárquico que realizan tareas idénticas o similares en un área de trabajo común y que, por lo tanto, proceden de la misma área funcional y dependen del mismo responsable.

Sus miembros se reúnen voluntaria y periódicamente, y son entrenados para identificar, seleccionar y analizar problemas y posibilidades de mejora relacionadas con su trabajo, recomendar soluciones a la dirección, y si ésta las aprueba, llevar a cabo su implantación.

Por lo tanto, se trata de equipos permanentes, de participación voluntaria y con limitada capacidad de decisión, ya que sólo plantean sugerencias.

La implantación de estos equipos no altera la estructura organizativa existente, porque están integrados por empleados de la misma área funcional y del mismo nivel jerárquico.

A pesar del éxito de estos mecanismos en las empresas japonesas, su aplicación en las empresas occidentales no produjo los beneficios esperados. Entre los diversos motivos que explican las causas de este fracaso, cabe destacar la falta de apoyo de la alta dirección y la falta de comprensión del enfoque de gestión de la calidad total y del papel de los círculos dentro de él.

El núcleo del problema es que fueron considerados como un fin en sí mismos, y no como un instrumento al servicio de la mejora continua.

A pesar de lo anteriormente expuesto, la experiencia de la aplicación de los círculos puso de manifiesto la relevancia de la implicación, la participación y el compromiso de los empleados y dio protagonismo a lo que se ha llamado dimensión humana de la gestión de calidad, fomentando un cambio en las estrategias de recursos humanos.

- **Equipos de mejora.** La experiencia mencionada en el párrafo anterior provocó la evolución y la transformación de los mecanismos de participación del personal hacia fórmulas similares a los círculos de calidad, fórmulas que incluyeran los beneficios de éstos y que intentaran subsanar las causas de su fracaso.

Así nacen los equipos de mejora como mecanismo esencial de soporte del proceso de mejora continua en el ámbito de la gestión de la calidad.

Los equipos de mejora se definen como aquéllos orientados a abordar y a solucionar problemas concretos de calidad con el fin de alcanzar mejoras duraderas en los procesos que se desarrollan en la organización.

Estos equipos tiene capacidad (dentro de unas reglas del juego) para emprender las acciones que consideren oportunas para resolver un problema y mejorar el proceso en el que trabajan.

Están constituidos por miembros con habilidades y conocimientos concretos, que proceden de distintas áreas funcionales y/o de diferentes niveles jerárquicos.

Los objetivos generales de estos equipos consisten en mejorar los procesos, eliminar las no conformidades y mejorar la productividad.

En general, se trata de equipos de participación obligatoria, aunque algunas empresas han experimentado con participación mixta, eligiendo algunos de sus miembros claves y dejando a la voluntariedad al resto del equipo.

Su finalidad es buscar soluciones que resuelvan problemas relacionados con los procesos. En la mayoría de las empresas, la oportunidad de la decisión propuesta generalmente debe ser supervisada por la dirección, aunque en algunas empresas muy maduras, participativas y descentralizadas que han aplicado programas de gestión de la calidad con enfoques avanzados, esta decisión puede recaer directamente en los miembros del equipo.

En ambas circunstancias, existe una elevada implicación de los miembros del equipo en las acciones propuestas.

Respecto a la temporalidad, generalmente el equipo se disuelve tras el cumplimiento del proyecto, aunque en algunos casos no es así.

En cuanto a la actividad que desarrollan sus miembros, cabe destacar su participación a partir de la experiencia y el aprendizaje adquirido en técnicas de resolución de problemas.

Su formación recae muchas veces en asesores externos que suministran conocimientos y forman al equipo en técnicas creativas y herramientas de resolución de problemas.

- **Grupos autónomos o autodirigidos.** Los equipos de proceso suponen un gran avance en el nivel de participación de los trabajadores en el sistema de calidad. Sin embargo, la cesión de la capacidad para tomar decisiones es limitada y, en consecuencia, también lo es la implicación y el compromiso de los miembros de los equipos con su puesto de trabajo.
Las organizaciones que desean implantar un sistema de calidad con un enfoque avanzado necesitan la implicación intensa y generalizada de todos sus trabajadores con la gestión de procesos y la mejora continua. Para ello requieren una nueva forma de dirigir y diseñar el trabajo. Ahora los trabajadores deben desempeñar las tareas propias de su puesto, controlar el resultado obtenido y responsabilizarse de la mejora continua de los procesos en los que están implicados.
Estas tareas se desarrollan en el seno de los grupos autónomos o autodirigidos.
Respecto al papel de estos equipos en el proceso de mejora continua, cabe señalar que los grupos autónomos no sólo realizan sugerencias de mejora, sino que también se encargan de implantar la solución elegida y se responsabilizan de forma colectiva de los resultados obtenidos.
Los grupos autónomos están formados habitualmente por un conjunto multifuncional de diez a quince personas, cuyos miembros proceden de las distintas áreas implicadas en un mismo proceso.
Generalmente, estos equipos asumen la dirección de la unidad organizativa que forman, y por lo tanto, asumen de forma colectiva las responsabilidades que antaño se hubieran asignado a un mando intermedio. Éste pasa a ser un facilitador o líder del grupo que lleva a cabo las funciones de enlace de su equipo con el resto de los equipos y los miembros de la organización.
No obstante, el nivel de autonomía de estos equipos resulta en la práctica muy variable entre empresas e incluso dentro de una misma empresa.
Finalmente, cabe subrayar que los equipos autónomos son permanentes y están integrados en la estructura de la organización. Su éxito requiere, de manera imprescindible, la implicación y el compromiso de la dirección en su implantación y su desarrollo.

Factores claves de éxito para el desarrollo de equipos eficaces

En primer lugar, es necesario que las empresas realicen un análisis de viabilidad del proyecto de implantación de equipos en la organización. Algunas características, como la tecnología existente, los sistemas organizativos, la formación de las personas, los sistemas de control, el estilo de dirección, el perfil de los profesionales y su adaptación a los cambios, son algunos de los factores claves en la decisión de implantar equipos.

Tampoco hay que olvidar que el enfoque de calidad aplicado en la empresa también puede condicionar la elección de unos u otros equipos.

Una vez tomada la decisión, existen una serie de factores externos e internos al equipo que pueden condicionar su éxito o su fracaso. A la dirección de la empresa corresponde promover los que favorecen el éxito e intentar minimizar los que propician el fracaso.

Algunos de los factores externos al equipo que propician su éxito son:

- Incrementar el grado de intensidad de las interrelaciones entre el equipo y el resto de los miembros de la organización. Ello conlleva la creación de canales de comunicación fluidos entre los miembros del equipo y/o el resto de los miembros de la organización o de otros equipos.
- Dotar al equipo de un cierto grado de autonomía, reconociendo la función y la autoridad del líder.
- Mantener un determinado grado de vínculo entre funciones, vínculo referido a las relaciones de los miembros del equipo con el resto de miembros de las diferentes áreas funcionales.
- Disponer de recursos. La dirección debe proporcionar al equipo los recursos necesarios para cumplir sus objetivos.
- Favorecer la internalización de la misión del equipo, tanto de los objetivos colectivos como de su colaboración a los objetivos generales de la organización.
- Diseñar y aplicar un sistema de reconocimiento de los logros conseguidos bajo tres premisas: valorar y premiar el resultado colectivo, estar orientado al reconocimiento y no al valor económico de la recompensa, y lograr una percepción positiva de los miembros del equipo.

Los factores internos al equipo que más influyen en la consecución del éxito son:

- **La composición del equipo.** En cuanto al tamaño, hay que destacar que los grupos pequeños tienen más posibilidades de éxito. Cuando tienen más de diez o doce miembros, pueden aparecer problemas para llevar a cabo las tareas, para relacionarse de forma constructiva e incluso para llegar a acuerdos.

En cuanto a las habilidades complementarias necesarias para realizar el trabajo en equipo, se distinguen tres tipos de técnicas: las técnicas funcionales, las técnicas de resolución de problemas y de toma de decisiones, y las técnicas interpersonales.

Aunque la selección de individuos con estas capacidades es un factor importante para lograr el buen funcionamiento del equipo, hay que remarcar que tanto la literatura como el conocimiento de la realidad nos llevan a visualizar el propio poder de los equipos para fomentar internamente el aprendizaje y el desarrollo de sus miembros. En el seno del equipo, al centrarse éste en el rendimiento colectivo, se detectan rápidamente las carencias de conocimientos y habilidades de sus miembros y las necesidades de formación específica para suplirlas.

Cabe destacar que la estructura idónea se logra cuando se alcanza el equilibrio entre la selección a priori de individuos y el desarrollo a posteriori del equipo para construir el conjunto de habilidades complementarias que permita conseguir el propósito asignado.

La combinación correcta de las habilidades y las capacidades de los miembros del equipo contribuirá al éxito de éste, y aquéllas quedarán concretadas en los diferentes roles, tanto formales como informales, que estos miembros asumirán.

- **El establecimiento de objetivos.** Los objetivos se establecen como respuesta al encargo propuesto por la dirección y deben ser concretos, evaluables y realistas.

Las peticiones de la dirección deben concretarse en objetivos colectivos específicos, lejos de las ambigüedades de amplias líneas estratégicas o del objetivo individual de las personas.

- **El liderazgo.** El liderazgo del equipo debe especificarse tanto dentro del equipo (liderazgo interno) como fuera de él (liderazgo externo).

Generalmente, existe un "facilitador" o coordinador que actúa de enlace entre el equipo y el resto de la organización, ejerciendo el liderazgo externo. La existencia de esta figura y su relación con el equipo determinan el grado de autonomía del mismo.

En el interior del equipo es conveniente también la existencia del líder interno, que sería un miembro del equipo que desempeña el liderazgo con la finalidad de potenciar la dinámica del equipo.

En los equipos autónomos antes descritos, estas dos funciones acostumbra a estar unidas en un solo líder.

- **El compromiso común.** El compromiso común es un aspecto social que incide en el rendimiento del equipo. Para su desarrollo, es necesario que

algún miembro asuma las funciones de liderazgo con el fin de incentivar la confianza mutua entre los miembros del equipo.

- **Los procesos de trabajo.** Deben concretarse las tareas encomendadas a los diferentes miembros del equipo y los mecanismos, los procesos, los procedimientos y las normas existentes de los que dispone el equipo para llevar a cabo sus tareas.

A partir de los objetivos, el liderazgo y los procesos de trabajo, quedará determinada la manera en la que el equipo va a trabajar conjuntamente para conseguir los objetivos colectivos.

4.2. Estructuras de calidad en las organizaciones sanitarias

En las organizaciones sanitarias, al igual que en el resto de las empresas, disponemos de diversos grupos o equipos de trabajo constituidos con el objetivo de la mejora.

También al igual que en el resto de las empresas, cada organización sanitaria aplica su imaginación para denominar a estos grupos de diversas formas y para darles diferentes funciones.

En el año 2008, la Sociedad Española de Calidad Asistencial promovió un estudio para conocer las diferentes estructuras organizativas de calidad existentes en los hospitales españoles con el objetivo de hacer un análisis comparativo de las mismas y valorar su eficiencia. El resultado fue que era tal la diversidad de los grupos y de las características de éstos que era imposible efectuar esta comparación.

Sin querer llegar al análisis comparativo de estas estructuras, sí que vamos a intentar describir algunas de ellas y sus características principales.

En concreto, hablaremos de los equipos existentes en los hospitales, dado que en estas instituciones son más habituales, sin olvidar que también existen equipos de este tipo en los centros de salud de atención primaria y sociosanitaria.

Así pues, algunas de las estructuras de este tipo son las siguientes:

- **Comités de calidad.** Podemos distinguir varios tipos de comités de calidad en los hospitales españoles. En primer lugar, disponemos de comités de calidad **directivos**, cuyo objetivo principal es promover e implantar sistemas de gestión de calidad.
En todos ellos la participación es obligatoria. Están formados, en general, por los directores de diferentes áreas y en algunos casos tienen un alto grado de poder y autonomía de decisión, mientras que en otros su papel es más asesor.

Dentro de este tipo de comités de calidad, podemos distinguir, en primer lugar, aquéllos enfocados a políticas y estrategias que no intentan asumir la responsabilidad propia de la línea ejecutiva sobre la mejora de calidad, sino que, en colaboración con ella, dan impulso, aportan método y actúan como facilitadores de equipos profesionales responsables directos de la mejora de la calidad.

En segundo lugar, existen otros comités de calidad directivos que se constituyen como verdaderos poderes paralelos al poder ejecutivo, desposeyendo de esta función a los responsables de la función asistencial y que a nuestro parecer están condenados al fracaso, porque el profesional sanitario no va a aceptar que se excluya de su función una parte inherente a la misma, que es la mejora de calidad de la atención que presta.

Otros comités de calidad, también llamados unidades de garantía de calidad, son los que se constituyen en los servicios o las unidades que implantan modelos de gestión de calidad.

En estos casos, la participación en los mismos puede ser obligatoria o voluntaria, actúan por delegación de la responsabilidad del jefe de servicio o unidad y tienen un carácter más coordinador que decisorio, aunque algunas veces puede pasar, como en los comités directivos, que asuman un papel de responsabilidad paralela, en general, por omisión de dicha responsabilidad por parte del verdadero responsable.

- **Comisiones y comités clínicos.** Son quizás los equipos de mejora más clásicos y con más tradición en los hospitales. Constituyen el claro reflejo de los **equipos autónomos** de las empresas descritos anteriormente, pero con algunas características diferentes y propias de las organizaciones sanitarias.

La participación de sus miembros es claramente voluntaria, aunque algunas veces es inducida por los responsables de los servicios o las unidades a los que pertenecen.

En general, estos equipos son permanentes en el tiempo y no constituyen estructuras paralelas a la organización, sino que están plenamente reconocidos en ella.

A pesar de que en su creación fueron uniprofesionales, es decir, formados habitualmente sólo por médicos, en la actualidad, en la mayoría de hospitales se han convertido en equipos realmente multidisciplinares, integrados por diferentes colectivos unidos por un interés común.

Estos equipos son muchas veces impuestos por ley y muchas otras nacidos a partir de la inquietud de consenso entre los profesionales sanitarios para mejorar diferentes aspectos de su asistencia.

La paradoja de estos equipos es que, después de muchos años de experiencia y trabajo, en muchos casos no son conscientes de su función de mejora de la calidad asistencial y ésta tampoco es reconocida por la propia organización.

Desgraciadamente, pocas veces nos encontramos con que los responsables de los servicios o las unidades reconozcan, valoren, difundan y aprovechen

la labor que sus representantes hacen en estas comisiones y comités. Parece que solamente estén a título individual.

Además, las últimas modas de incentivación económica de los profesionales, como la carrera profesional o las direcciones por objetivos, han producido un efecto adverso, al promover y reconocer la participación en comisiones como un elemento que hay que tener en cuenta para su reconocimiento. Esto ha hecho que algunos profesionales, por suerte una minoría, se incorporen a estos equipos por el mero hecho de sumar puntos en su currículum profesional.

Afortunadamente, la mayoría de profesionales que pertenecen a estos equipos de mejora lo hacen movidos de manera exclusiva por su interés profesional de compartir experiencias y mejorar con ellas la atención a sus pacientes.

A nuestro modo de ver, es necesario fomentar el reconocimiento de la labor de estos equipos y la difusión de la misma, así como ayudarlos, desde los equipos directivos de calidad, a incorporar un poco más de método a su labor.

Definir claramente sus funciones, sus responsabilidades y sus objetivos, y dar soporte a sus propuestas benefician la mejora de la calidad de las organizaciones sanitarias y, sobre todo, la calidad de la asistencia destinada a nuestros pacientes, a la vez que constituyen un elemento de motivación para los profesionales que forman parte de estos equipos.

- **Equipos de mejora.** Son equipos temporales surgidos para solucionar un problema concreto de calidad, promovidos por la dirección o por los responsables de los servicios, con un grado de autonomía limitado, con participación mayoritariamente obligatoria y con poco o muy poco poder de decisión.

Son pocas las organizaciones sanitarias que basen en ellos sus estructuras de mejora de la calidad, aunque pueden ser útiles en ciertos momentos, pero no como estructura permanente de mejora.

- **Núcleos de calidad.** Son equipos parecidos a los comités de calidad, pero con algunas diferencias.

Sus miembros no acostumbran a ser directivos de áreas, sino cargos intermedios o personal de base con motivación por la calidad. Además, los núcleos de calidad son de participación obligatoria o inducida, y pocas veces voluntaria.

Su nivel de autonomía es bajo, y sus miembros suelen ser asesores de la dirección con poco poder de decisión.

La rotación de los miembros de los núcleos de calidad es frecuente, dado el grado de desilusión existente muchas veces por el poco soporte recibido. Sin embargo, hay casos en los que, por suerte, esto no es así, sino que estos núcleos cuentan con un alto grado de soporte y de reconocimiento de sus propuestas, por lo que, en consecuencia, su motivación es elevada.

5. La calidad de la atención al cliente

La función de "atender al paciente" en su más amplio sentido afecta a todos y cada uno de los profesionales que intervienen en los procesos asistenciales de una organización sanitaria. Incluso podríamos afirmar que también afecta a los profesionales de los procesos no asistenciales.

La propia forma de organizar y gestionar una institución, sus valores y su código ético tienen repercusiones en el resultado final de la atención.

También debemos tener en cuenta la importancia de la atención a las familias, sobre todo en aquellas áreas en las que éstas cobran un papel relevante, como los servicios pediátricos o aquellos que atienden a pacientes psiquiátricos o con demencias.

Otro elemento que se debe tener en cuenta es que la satisfacción o la insatisfacción de los ciudadanos con un servicio (como es considerada la atención al paciente) tiene como base las expectativas que se han creado sobre la calidad del servicio que se espera recibir. Estas expectativas pueden ser propias o influenciadas por familia y conocidos, y sin duda, las crea la propia sociedad, que exige como un derecho una atención de calidad en los servicios sanitarios.

Son estas realidades las que dificultan la medida de la calidad de la atención, así como la implantación de acciones de mejora, dado que éstas no implicarán tan sólo a las unidades o los servicios de atención al usuario, sino al conjunto de la organización en la mayoría de los casos.

Al igual que en otros ámbitos, la forma de lograr una atención de calidad pasa por:

- definir una política de atención al ciudadano (pacientes y familias),
- planificar y definir bien los procesos y los circuitos de la atención,
- implantarlos,
- medir el resultado,
- evaluar y detectar áreas de mejora,
- planificar e implantar acciones de mejora y
- evaluar el impacto de las mismas.

Dado que muchos de estos aspectos se tratan en otras asignaturas de este curso, en este apartado nos centraremos en cómo medir y evaluar los resultados de los procesos de atención al cliente.

En general, la medición de los resultados de los procesos de atención se centra en el conocimiento de la satisfacción o la insatisfacción de los ciudadanos, de forma activa (mediante encuestas o entrevistas) o de forma pasiva o reactiva (por medio de reclamaciones o sugerencias).

Estas medidas están sujetas a la percepción de los clientes, son subjetivas y, como hemos dicho anteriormente, parten de las expectativas de los mismos.

Además, la calidad, la orientación y la validez de las encuestas condicionan en muchos casos la respuesta que vamos a obtener, y en algunas ocasiones pueden distorsionar la opinión real de nuestros clientes.

Pero existen otras formas indirectas de medir estos resultados. Éstas están basadas en la calidad técnica y la orientación al cliente de los procesos, los procedimientos y los circuitos que la organización define para llevar a cabo la función de atender a dicho cliente, así como en resultados indirectos de los mismos.

La mayoría de estas medidas indirectas reflejan el "qué" hace la organización para lograr un buen resultado.

Es decir, presuponemos que si hacemos las cosas bien y orientadas al cliente, los resultados que obtendremos serán buenos y el cliente estará satisfecho.

Esta afirmación no siempre se cumple dada la característica subjetiva de la percepción de los clientes, tal como hemos resaltado anteriormente, pero sí que lo hace en muchos casos, y por ello, debemos considerar estas medidas como adecuadas.

Podríamos decir que la evaluación de los resultados en los clientes debería hacerse ponderando las medidas de percepción con las medidas indirectas.

Vamos a poner algunos ejemplos para que lo entendáis mejor.

Si queremos medir el nivel de calidad del concepto de "accesibilidad" del paciente a nuestra organización, podemos hacer varias cosas.

En primer lugar, podemos preguntar al paciente en una encuesta cómo valora la accesibilidad a nuestra organización.

Está claro que si lo preguntamos así, en muchos casos los que respondan no van a entender qué les preguntamos, de manera que la respuesta puede ser desde la puntuación media hasta "no sabe / no contesta", si existe esta opción.

Por lo tanto, deberíamos concretar más nuestra pregunta o formularla de otra manera para que sea entendible.

Los expertos en fabricación de encuestas así lo hacen y formulan preguntas como las siguientes: "¿cree que el tiempo que han tardado en responderle telefónicamente es adecuado?, si queremos medir la accesibilidad telefónica; o "¿cree que el tiempo que han tardado en darle visita con su médico es adecuado?, si lo que queremos es medir la accesibilidad a visitarse; o "¿cree que el tiempo que ha tardado el médico en atenderle es

correcto?, si queremos medir la accesibilidad en la atención en un servicio de urgencias, por ejemplo.

Pero también disponemos de medidas indirectas que nos permiten valorar si la accesibilidad que ofrecemos a nuestros clientes es adecuada y de calidad o razonable, dado que en muchos casos ello dependerá de los recursos que dispongamos para lograr esta accesibilidad.

Algunos ejemplos de medidas de accesibilidad indirecta serían los siguientes:

- las listas de espera,
- el tiempo de demora en la atención en Urgencias,
- el porcentaje de llamadas no atendidas en una central telefónica,
- la demora entre una hora programada y la hora real de atención, y
- las visitas no realizadas en Urgencias por abandono del paciente.

Otro ejemplo clarificador es cómo medir el derecho a la información de los pacientes sobre su proceso asistencial.

Al igual que en el ejemplo anterior, podemos preguntar al paciente si cree que el médico o la enfermera le han informado bien de su proceso asistencial (mejor si le llamamos enfermedad), del tratamiento o de las diferentes posibilidades de tratarse, y de sus respectivos riesgos o efectos secundarios.

Y también podemos medir estos datos indirectamente, como por ejemplo con:

- el número de folletos explicativos sobre las enfermedades o sobre las pruebas diagnósticas y la preparación requerida para las mismas;
- su traducción a los idiomas más habituales de la zona, incluyendo los de los recién llegados y pensando en la multidiversidad cultural;
- la redacción de los mismos, que ha de estar basada en un lenguaje comprensible para los pacientes, y
- el número de anulaciones de pruebas diagnósticas por mala preparación del paciente o por no estar en ayunas.

Estos ejemplos pueden hacerse extensivos a todo aquello que queramos medir y evaluar de los procesos de atención al paciente, teniendo siempre en cuenta que, como ya hemos dicho, debemos ponderar las medidas subjetivas, que nos miden la calidad percibida, con las medidas objetivas, que nos miden la calidad para cumplir unos requisitos que nos hemos propuesto.

Y por último, hemos de tener en cuenta a la hora de evaluar que en la mayoría de los casos no existen estándares de calidad publicados y reconocidos como óptimos por la comunidad de expertos en la materia, y que, por lo tanto, deberemos conformarnos con valorar tendencias y algunas veces, las menos, podremos llevar a cabo experiencias de *benchmarking* con valores publicados por organizaciones similares a la nuestra.

6. Anexo I. Ejemplos de planes de calidad

6.1. Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud

6.1.1. Introducción

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece que el Sistema Nacional de Salud es el conjunto de servicios de salud de la Administración del Estado y de las comunidades autónomas, y que integra todas las funciones y las prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

El Sistema Nacional de Salud español se caracteriza por disponer de una amplia cartera de servicios que incluye la práctica totalidad de tecnologías y procedimientos sanitarios con los que el conocimiento científico se enfrenta a las enfermedades y a sus consecuencias en la salud humana.

Junto a ello, la Ley General de Sanidad establece la universalidad de la cobertura como una de las características básicas del sistema español, al determinar que la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población.

De igual forma, establece la equidad como principio general del Sistema Nacional de Salud, entendida ésta como la garantía de que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.

Además, la Ley General de Sanidad otorga especial relevancia a que los medios y las actuaciones del sistema sanitario estén prioritariamente orientados a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. Ello supone una concepción integral de la salud por la que los servicios de salud han de incorporar las acciones de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades de la misma forma que las asistenciales, las curativas, las rehabilitadoras o las de cuidados paliativos.

En la actualidad, el Sistema Nacional de Salud español se caracteriza por su amplia descentralización, que culminó definitivamente en el año 2002, momento a partir del cual todas las comunidades autónomas disponen de las competencias sanitarias previstas en nuestro ordenamiento jurídico.

Referencia bibliográfica

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006, marzo). *Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud*.

Esta descentralización es un elemento que contribuye a asegurar que los servicios sanitarios públicos se orienten a las necesidades de salud de los ciudadanos, los pacientes y los usuarios, permitiendo que desde las comunidades autónomas se puedan tener en consideración las peculiaridades específicas de los territorios en los que se asienta la actuación de dichos servicios.

Puede decirse así que a lo largo de las dos últimas décadas España ha sido capaz de poner en pie un buen sistema de salud por su amplia cartera de servicios, por sus más que aceptables niveles de calidad, por sus indicadores de salud y por su cobertura universal y equitativa.

El Sistema Nacional de Salud, cuya descentralización facilita una mejor adaptación a las necesidades de salud de los pacientes y los usuarios, requiere también del desarrollo de acciones de cohesión y coordinación que permitan asegurar una adecuada aplicación de estrategias y medidas comunes en el conjunto del territorio.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, en su papel de coordinación del Sistema Nacional de Salud, tiene como una de sus misiones la de potenciar la cohesión del mismo, así como la de velar por la equidad en el acceso y la calidad de las prestaciones ofrecidas para garantizar de esta forma los derechos de los ciudadanos, los pacientes y los usuarios en sus relaciones con el Sistema Nacional de Salud. Consolidada la universalización y establecida la cartera de servicios, el reto de la calidad aparece en primer plano.

Los sistemas sanitarios de los países de nuestro entorno afrontan este reto mediante el desarrollo de diversas estrategias en las que el denominador común ha sido una orientación hacia una práctica clínica basada en la evidencia científica para asegurar los mejores servicios al ciudadano, al paciente y al usuario. Al mismo tiempo, el papel cada vez más central de la ciudadanía en los sistemas de salud modernos ha originado que aparezca un nuevo modelo de atención a la salud centrado en el paciente, que ha sido la base para el desarrollo de nuevas estrategias. La naturaleza de las organizaciones sanitarias, es decir, los hospitales, los centros de salud y el resto de los centros en los que se presta atención a los pacientes, como organizaciones profesionales que gestionan conocimiento, así como la naturaleza del trabajo que los médicos, las enfermeras y el resto de profesionales sanitarios desarrollan en su relación con los pacientes ofrece el marco específico en el que han de articularse las medidas de fomento de la calidad.

Estas estrategias se han constituido también en una apuesta decidida para la consecución de mayores niveles de legitimidad y sostenibilidad social de los sistemas públicos de salud, tanto entre la ciudadanía como entre los pacientes, los usuarios y los profesionales.

Las estrategias de mejora de la eficiencia contribuyen a la sostenibilidad social del Sistema Nacional de Salud, haciendo que los recursos económicos que el Estado y las comunidades autónomas dedican a la sanidad tengan el mejor uso posible.

Los hospitales y los centros de salud son organizaciones profesionales complejas que gestionan una gran variedad de conocimientos y múltiples relaciones, entre las que sobresale la que se establece entre los profesionales sanitarios y los pacientes.

Hay que considerar que en medicina los conocimientos sobre las enfermedades evolucionan a gran velocidad; en pocas décadas se han conseguido avances inéditos en la lucha contra las enfermedades y en el estudio de sus causas y sus consecuencias. Por este motivo, las profesiones sanitarias están sometidas a una exigencia en la actualización de conocimientos que necesita la canalización de grandes esfuerzos profesionales e institucionales para afrontar el importante desafío de discernir los aspectos que han de ser incorporados a la práctica clínica, a la luz de las evidencias científicas, para beneficiar así a los pacientes y los usuarios.

El importante fenómeno que implica la incorporación de las nuevas tecnologías de la información a muchas esferas de la vida cotidiana supone un cambio sin precedentes por lo que se refiere a las mayores posibilidades que tanto los profesionales como los ciudadanos, los pacientes y los usuarios tienen para acceder a información relativa a la salud, las enfermedades, sus factores condicionantes y las posibilidades de prevención, curación o rehabilitación, sobre la base de experiencias contrastadas y publicadas.

El creciente interés de la ciudadanía y de los medios de comunicación social sobre el fenómeno salud/enfermedad condiciona también una sucesión imparable de informaciones sobre tecnologías sanitarias, sobre nuevos descubrimientos y otras cuestiones de salud que mantienen sistemáticamente expectativas de mejora en la capacidad de la medicina para luchar contra las enfermedades.

La tradicional relación médico/paciente, basada en la existencia de importantes asimetrías de información entre ambos agentes, va evolucionando hacia mayores exigencias por parte de los ciudadanos derivadas en buena parte de estas mayores posibilidades de acceso a la información, y también de una importante madurez de la ciudadanía por lo que se refiere al ejercicio de sus derechos.

En este contexto, surgen líneas de impulso a la calidad de la atención sanitaria que incorporan el desarrollo de estrategias y medidas para fomentar la excelencia de los profesionales y de la organización sanitaria pública, tanto en los aspectos técnicos como en los conocimientos científicos, es decir, todas aquellas que han de traducirse en una práctica clínica asistencial de alto nivel.

El objetivo esencial de estas estrategias es asegurar una atención sanitaria de excelencia, más personalizada, más centrada en las necesidades particulares del paciente y el usuario. Por lo tanto, es evidente que resulta necesario centrar esfuerzos en apoyar a los profesionales en todo aquello que contribuya a favorecer esa excelencia clínica.

En ese contexto, la actualización continua de conocimientos y el desarrollo permanente de habilidades y actitudes orientadas a satisfacer las necesidades y las expectativas de unos pacientes y unos usuarios cada vez más exigentes se plantean como un reto importante de las organizaciones sanitarias. En definitiva, para el Ministerio de Sanidad y Consumo dos son los protagonistas esenciales del sistema sanitario: el paciente y el profesional. En torno a estos agentes principales, las acciones de los servicios de salud han de articular estrategias, medidas y programas de actuación para asegurar la consecución del objetivo esencial de los servicios públicos de salud: una atención sanitaria de calidad y equitativa que se traduzca en una mejora de los indicadores de salud de la población.

Esta atención sanitaria ha de ser desarrollada en un marco territorial cohesionado que garantice la igualdad en el ejercicio de los derechos de la ciudadanía a la atención y la protección de su salud, mediante una gestión eficiente de los recursos públicos.

Para ayudar a que el Sistema Nacional de Salud responda a este tipo de desafíos y basándose en el mandato de la II Conferencia de Presidentes, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha articulado este plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud.

Con él se pretende desarrollar estrategias que permitan garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia. Estas estrategias han de ser complementarias a las que se desarrollan desde los servicios de salud de las comunidades autónomas en el ejercicio de sus competencias.

Los principios que inspiran el Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud son los de ofrecer garantías a pacientes, usuarios y profesionales para conseguir un sistema nacional de salud:

- centrado en las necesidades de pacientes y usuarios;

- orientado a la protección y a la promoción de la salud, y a su prevención;
- preocupado por el fomento de la equidad;
- decidido a fomentar la excelencia clínica;
- interesado en impulsar la evaluación de tecnologías y procedimientos sobre la base de la mejor evidencia disponible;
- capaz de generalizar el uso de las nuevas tecnologías de la información para mejorar la atención a pacientes, usuarios y ciudadanos, y asegurar la cohesión de los servicios;
- capaz de planificar sus recursos humanos con suficiente anticipación para cubrir adecuadamente las necesidades de los servicios;
- transparente para todos los actores, y
- evaluable en el resultado de sus acciones.

Para la consecución de estos objetivos, el Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud desarrollará una serie de acciones, la gran mayoría de las cuales implican la articulación de una colaboración estable con comunidades autónomas, sociedades científicas, universidades, institutos y unidades de investigación, y pacientes.

El Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud no pretende sustituir ni duplicar las numerosas actuaciones que en esta materia desarrollan en la actualidad las comunidades autónomas mediante diversos proyectos y planes que pretenden la mejora de la calidad asistencial en el ejercicio de sus competencias; por ello, propone líneas de trabajo de adhesión voluntaria.

El propósito de este plan de calidad es incrementar la cohesión del Sistema Nacional de Salud y ayudar a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a toda la ciudadanía, con independencia de su lugar de residencia, así como ofrecer herramientas útiles a los profesionales y a los responsables de salud de las comunidades autónomas en su objetivo de mejorar la calidad.

Este plan da respuesta a una de las directrices de la II Conferencia de Presidentes, que estableció la necesidad de que, por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo, se elaborase un plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud, para lo que se decidió destinar una partida de 50 millones de euros en el presupuesto de 2006.

Dicho plan de calidad fue comprometido por el presidente del Gobierno en su discurso de investidura y tiene como finalidad básica la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud, una mejora que asegure el acceso a sus prestaciones en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional.

El Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud ofrece seis grandes áreas de actuación que pretenden dar respuesta a las cuestiones que afectan a los grandes principios y retos de nuestro sistema sanitario:

- 1) Protección y promoción de la salud, y prevención.
- 2) Fomento de la equidad.
- 3) Apoyo a la planificación de los recursos humanos en salud.
- 4) Fomento de la excelencia clínica.
- 5) Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención a la ciudadanía.
- 6) Aumento de la transparencia.

Estas áreas se concretan en doce estrategias, cuarenta y un objetivos, y ciento ochenta y nueve proyectos de acción.

Las estrategias se han diseñado como grandes ejes de actuación con un horizonte a medio y largo plazo. Los objetivos, que abordan los aspectos más relevantes en la actualidad de los servicios sanitarios, tienen un horizonte temporal a medio plazo, y la mayor parte de los proyectos de acción tienen un horizonte de ejecución a corto plazo.

Asimismo, para impulsar las políticas de calidad en los servicios sanitarios, el Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud plantea convocar unos premios a la calidad como un elemento para el estímulo de las buenas prácticas y una oportunidad para que muchas de ellas afloren y pasen así a ser útiles a todo el sistema.

6.1.2. Resumen de las medidas principales

Protección y promoción de la salud, y prevención

- Estrategia 1. Proteger la salud
 - Fortalecer los servicios de sanidad exterior actualizando la normativa vigente para adaptarla al Reglamento sanitario internacional, estableciendo la cartera de servicios de sanidad exterior y mediante la elaboración de protocolos de actuación y manuales de procedimiento para reforzar las medidas de vigilancia y control sanitario.
 - Reforzar los sistemas de vigilancia epidemiológica en estrecha coordinación con las comunidades autónomas, generando nuevos sistemas de información y bases de datos específicas que permitan elaborar estrategias de actuación y asegurar una adecuada respuesta a los riesgos

globales con los que el Sistema Nacional de Salud ha de enfrentarse (gripe aviar, efecto sobre la salud de las temperaturas extremas, etc.).

- Reforzar las actuaciones en salud ambiental, desarrollando un plan de acción de salud y medio ambiente, potenciando la Red de Intercambio Rápido de Información sobre productos químicos e informatizando todos los procedimientos de evaluación y autorización de estos productos para favorecer los estudios de evaluación de riesgos y una mejor información tanto a profesionales como a ciudadanos, elaborando guías y manuales de gestión ambiental para los servicios sanitarios, y reforzando el análisis de las aguas de consumo.
- Estrategia 2. Salud y hábitos de vida
 - Proyectos para evaluar periódicamente la evidencia científica disponible sobre la efectividad de las estrategias de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, como la elaboración de un plan de revisión de las evidencias, el desarrollo de campañas de información a la población basadas en esas evidencias encontradas y el diseño de recomendaciones preventivas periódicas a profesionales.
 - Impulsar la atención primaria en el marco del proyecto AP-21 puesto en marcha por el Ministerio: elaboración de estudios sobre sistemas organizativos y estrategias de incentivar a los profesionales; financiación de proyectos piloto e impulso de proyectos de mejora de la calidad en aspectos como atención domiciliaria, atención de urgencia o uso racional de medicamentos; puesta en marcha de una biblioteca virtual de documentación sobre atención primaria; evaluación de experiencias relativas al aumento del tiempo de atención al paciente y desburocratización; mejora del acceso desde atención primaria a pruebas diagnósticas; mejora de la coordinación con atención hospitalaria, etc.
 - Acciones para prevenir la obesidad desde la infancia en desarrollo de la Estrategia NAOS, puesta en marcha por el Ministerio: acciones de promoción de la alimentación saludable y la práctica de actividad física con profesionales sanitarios, municipios y comunidades autónomas, familias y sector educativo. Además, se llevarán a cabo protocolos para atención primaria, en colaboración con las sociedades científicas, para la detección precoz de la obesidad y el desarrollo de programas de seguimiento; se impulsará la investigación sobre obesidad, y se establecerá un plan de acción para su prevención en el ámbito escolar.
 - Acciones para prevenir el consumo de alcohol entre los menores de dieciocho años y los conductores de vehículos, como la elaboración de una norma que contenga medidas dirigidas a reducir la accesibili-

dad al alcohol por parte de los menores y el desarrollo de campañas divulgativas e informativas.

- Puesta en marcha de un plan de prevención de accidentes domésticos, con acciones para incrementar la seguridad de los productos y para ofrecer más información a la ciudadanía.

Fomento de la equidad

- Estrategia 3. Impulsar políticas de salud basadas en las mejores prácticas
 - Describir, sistematizar, analizar y comparar información sobre las políticas, los programas y los servicios de salud.
 - Poner a disposición y contrastar con las opiniones de los usuarios, los profesionales y los tomadores de decisiones el conocimiento sobre la evolución, los problemas y los logros del Sistema Nacional de Salud, y los servicios de salud que lo componen.
- Estrategia 4. Analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género
 - Promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud y en la formación continua del personal de salud.
 - Generar y difundir conocimiento sobre las desigualdades en salud y estimular buenas prácticas en la promoción de la equidad en la atención a la salud y en la reducción de las desigualdades en salud, mejorando así la atención a los grupos más desfavorecidos y en riesgo de exclusión.

Apoyo a la planificación de los recursos humanos en salud

- Estrategia 5. Adecuación de los recursos humanos a las necesidades de los servicios sanitarios
 - Estudiar las necesidades de especialistas médicos con el fin de realizar una planificación adecuada de las necesidades futuras del Sistema Nacional de Salud.
 - Apoyar la ordenación de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud definiendo un sistema de información común, posibilitando la compatibilidad de las herramientas actualmente disponibles y creando una infraestructura de gestión en los centros que facilite el tratamiento de esta información en tiempo real.
 - Fortalecer las unidades docentes, dotándolas de más medios, y el programa de formación de residentes, creando una línea de apoyo a becas para su formación en centros de alta tecnología, así como apoyo a los

desplazamientos y a la asistencia a actividades formativas, e impulsando estancias en centros públicos de excelencia.

Fomento de la excelencia clínica

- Estrategia 6. Evaluar las tecnologías y los procedimientos clínicos como soporte a las decisiones clínicas y de gestión
 - Poner en marcha una red de detección e información sobre tecnologías y procedimientos nuevos y emergentes que facilite y agilice la toma de decisiones sobre la introducción en el sistema de estas nuevas tecnologías, mejorando así la calidad de la atención sanitaria.
 - Diseñar un plan de evaluación de tecnologías sanitarias para el Sistema Nacional de Salud.
 - Extender la cultura evaluadora entre clínicos y gerentes, y formar profesionales dedicados a la evaluación de tecnologías en salud.
 - Fortalecer los instrumentos de los que dispone el Sistema Nacional de Salud para evaluar tecnologías y procedimientos en salud.
- Estrategia 7. Acreditar y auditar centros y servicios sanitarios
 - Establecer, mediante normativa, los requisitos básicos comunes y las garantías de seguridad y calidad que se deben cumplir para la apertura y el funcionamiento de centros sanitarios en el Sistema Nacional de Salud, promoviendo a su vez la evaluación externa mediante la acreditación de certificadores de centros y la elaboración de normas de certificación.
 - Garantizar la calidad de los centros, los servicios y los procedimientos de referencia del Sistema Nacional de Salud publicando la norma básica y estableciendo un modelo de acreditación.
 - Fortalecer el proceso de auditoría docente de los centros acreditados para la formación de posgrado, actualizando el modelo de acreditación docente.
- Estrategia 8. Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud
 - Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de la atención sanitaria. En este sentido, se llevará a cabo el primer Estudio nacional de efectos adversos (ENEAS) y otro estudio sobre la percepción de los profesionales sobre este asunto. Además, se establecerá una línea prioritaria de investigación por medio del FIS, así como campañas de comunicación y de sensibilización, jornadas y seminarios, y diseño de herramientas de gestión clínica y seguridad para los profesionales. Se

celebrará también una conferencia internacional sobre seguridad de los pacientes y se suscribirá la declaración conjunta con la OMS para impulsar la Alianza Mundial de Seguridad de los Pacientes.

- Diseñar y establecer un sistema nacional de notificación de efectos adversos.
 - Implantar, mediante convenios con las comunidades autónomas, proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras en ocho áreas específicas: la prevención de los efectos adversos de la anestesia en cirugía electiva, la prevención de fracturas de cadera en pacientes posquirúrgicos, la prevención de úlceras por presión en pacientes de riesgo, la prevención del tromboembolismo pulmonar (TEP) y la trombosis venosa profunda (TVP) en pacientes sometidos a cirugía, la prevención de la infección nosocomial y las infecciones quirúrgicas, la prevención de la cirugía en lugar erróneo, la prevención de los errores debidos a medicación y el aseguramiento de la implantación y la correcta aplicación del consentimiento informado así como el cumplimiento de las últimas voluntades.
 - Reforzar los sistemas de evaluación de la calidad para los centros y los servicios de transfusión de sangre mediante la elaboración de criterios comunes de inspección y acreditación de estos centros, la constitución de un grupo de expertos en hemovigilancia que analice aspectos como la trazabilidad o los sistemas de intercambio de productos sanguíneos en todo el Estado y el diseño de estrategias de promoción de la donación.
 - Desarrollar medidas de mejora de la calidad de los procesos de la Organización Nacional de Trasplantes para consolidar el liderazgo mundial de nuestro país en este terreno. Se prevé, entre otros aspectos, la digitalización de su archivo y la puesta en marcha de un sistema de codificación y trazabilidad en la obtención, el procesamiento y la utilización de células y tejidos.
- Estrategia 9. Mejorar la atención a los pacientes con determinadas patologías
 - Mejorar la atención a los pacientes con enfermedades prevalentes de gran carga social y económica: cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes, salud mental, cuidados paliativos, accidente vascular cerebral y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, con la elaboración o la puesta en marcha durante el 2006 y el 2007 de estas estrategias.
 - Fomentar la investigación y mejorar la asistencia a los pacientes con enfermedades raras, con la puesta en marcha por parte del Instituto de Salud Carlos III de un nuevo CIBER sobre estas enfermedades, y

mejorar el diagnóstico precoz y el tratamiento mediante la designación de los correspondientes servicios de referencia.

- Estrategia 10. Mejorar la práctica clínica
 - Documentar y proponer iniciativas tendentes a disminuir la variabilidad no justificada de la práctica clínica.
 - Impulsar la elaboración y el uso de guías de práctica clínica vinculadas a las estrategias de salud y también a patologías muy relevantes (como por ejemplo los trastornos alimentarios o enfermedades neurológicas como el párkinson o el alzhéimer), consolidando y extendiendo el Proyecto GuíaSalud y formando profesionales.
 - Mejorar el conocimiento sobre la calidad de vida de los pacientes que sufren determinadas enfermedades o han sido sometidos a determinados tratamientos, como los que han recibido un trasplante de órgano sólido, quienes han padecido un accidente cerebrovascular agudo, las pacientes que han sido objeto de mastectomía, quienes han recibido una prótesis de cadera o los ancianos frágiles con reingresos hospitalarios frecuentes.

Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención a la ciudadanía

- Estrategia 11. Sanidad en línea
 - Garantizar la identificación inequívoca de los ciudadanos en todo el Sistema Nacional de Salud mediante la tarjeta sanitaria y la base de datos de población protegida, y mediante la generación de un único código de identificación personal para su uso en todo el sistema.
 - Impulsar la historia clínica electrónica y posibilitar el intercambio de información clínica entre diferentes profesionales, dispositivos asistenciales y comunidades autónomas.
 - Impulsar la receta electrónica para su extensión en el Sistema Nacional de Salud.
 - Ofrecer en el Sistema Nacional de Salud nuevos servicios de relación entre los ciudadanos y los profesionales: cita por Internet, telemedicina y teleformación.
 - Garantizar la accesibilidad desde cualquier punto del sistema, la interoperabilidad y la explotación adecuada de la información.

Aumento de la transparencia

- Estrategia 12. Diseñar un sistema de información del Sistema Nacional de Salud fiable, oportuno y accesible

- Seleccionar y definir los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud en cinco grupos relevantes: nivel de salud, oferta de recursos, accesibilidad, calidad de la atención y resultados.
- Poner en marcha el Banco de Datos del Sistema Nacional de Salud, con información procedente del Ministerio, de las comunidades autónomas y de otras fuentes, tanto nacionales como internacionales.
- Mejorar e integrar los subsistemas de información existentes.
- Establecer un plan de acceso a los datos y de difusión de la información obtenida, así como la puesta en marcha de foros de comunicación y discusión para profesionales y ciudadanos.

Creación de los premios a la calidad

Para premiar a las instituciones, los centros, los equipos y los servicios de salud que se hayan distinguido en la realización de actividades de mejora en la calidad de los servicios ofrecidos a los ciudadanos, se han instituido los premios siguientes: Premio a la Innovación en la Mejora Global de la Calidad Asistencial, Premio a las Mejores Prácticas Clínicas, Premio de Calidad e Igualdad, Premio a la Transparencia y Premio de Especial Reconocimiento a toda una Trayectoria (individual o institucional).

6.2. De la excelencia a la innovación. Plan estratégico 2008-2012 de Osakidetza

6.2.1. Introducción

El Plan estratégico 2008-2012 de Osakidetza establece la planificación estratégica del ente para los próximos cinco años y es la hoja de ruta que recoge las estrategias y las actuaciones que se han de acometer.

El Plan estratégico 2008-2012 refuerza la identificación de la ciudadanía de la comunidad autónoma de Euskadi (CAE) y su salud como centro de actividades de Osakidetza y sitúa una vez más a las personas de Osakidetza como protagonistas de los cambios propugnados, planteando objetivos medibles y actuaciones factibles.

Osakidetza, por medio del desarrollo y la implementación de los planes estratégicos anteriores, se ha posicionado como una organización sanitaria que ha apostado por un modelo orientado hacia la calidad total con el objetivo de alcanzar la excelencia.

Continuando con su proceso de mejora de gestión y de apuesta por la excelencia, Osakidetza decide hacer una reflexión en profundidad abordando los temas estratégicos para su desarrollo como ente y como organización de servicios de cara al futuro.

Como resultado de esta reflexión, Osakidetza elabora el presente plan estratégico, que comprende el período 2008-2012.

El entorno marco de esta estrategia surge, entre otros aspectos, de los cambios que se han producido durante el último período estratégico en las diferentes variables que inciden en la sanidad vasca y de la necesidad de dar nuevas respuestas a cuestiones claves para así poder mantener una posición de referencia en Europa. Se trata, en definitiva, de ir "de la excelencia a la innovación" asegurando la perdurabilidad del ente. El Plan estratégico 2008-2012 constituye, para todos los que forman parte de la realidad de Osakidetza, una guía de compromiso que sirve de orientación en la consecución de nuevos logros con la mirada puesta en los usuarios/pacientes para ofrecer un servicio eficaz adaptado a sus necesidades y acorde con los avances y las innovaciones, tanto tecnológicos y de gestión como sociales.

6.2.2. Objetivos de la elaboración del Plan estratégico 2008-2012

El Plan estratégico 2008-2012 tiene como objetivo ser el documento referencial para todas las personas de Osakidetza durante los próximos cinco años, tanto de cara a la actividad habitual como con la perspectiva de la revisión de futuro del ente y su modelo.

Este objetivo general se materializa en objetivos y logros más operativos:

- Identificar y tomar conciencia de los temas claves de futuro que van a determinar el éxito de Osakidetza en cuanto a eficacia, eficiencia y calidad.
- Establecer las políticas y las estrategias que hay que seguir en los ejes considerados claves.
- Traducir dichas políticas a objetivos a medio y largo plazo, estableciendo un cuadro de mando básico que recoja los indicadores de la actividad de Osakidetza y que sirva para orientar a las organizaciones de servicios.

La elaboración del Plan estratégico 2008-2012 pretende reforzar y reiterar el compromiso adquirido en la misión corporativa, redefinir la visión de futuro como organización preservando su consecución, orientando la actividad de servicio sanitario según los valores de comportamiento del ente y entendiendo asimismo la calidad como objetivo de excelencia más allá de la certificación y la sistematización. Además, el Plan estratégico 2008-2012 pretende ir

"de la excelencia a la innovación" encauzando la revisión de los modelos asistenciales, organizativos y de gestión de Osakidetza, facilitando la innovación en sentido amplio y asegurando la perdurabilidad del ente.

La estrategia establece el marco de actuación para el período 2008-2012.

Esta apuesta corporativa define, además, las bases sobre las que cada organización de servicios determinará y desarrollará sus estrategias específicas, alineadas con las estrategias generales definidas en este documento.

6.2.3. Orientación general del Plan estratégico 2008-2012

El reto principal y genérico de Osakidetza de cara al período 2008-2012 es continuar garantizando a la ciudadanía de la CAE un servicio sanitario eficaz, de calidad y sostenible, además de poner las bases de la perdurabilidad futura del ente a partir de la revisión de los modelos actuales.

Para la consecución de este reto, dando respuesta a las necesidades de su entorno de actuación, Osakidetza continuará siendo un ente capaz de prever escenarios futuros a los que adaptarse para alcanzar sus objetivos. Osakidetza será proactiva en el diseño, la implementación, la evaluación y la reestructuración de sus diferentes políticas. Una de sus orientaciones principales, por lo tanto, es la apuesta por la innovación como proceso creador de nuevas soluciones, tanto en gestión como en atención al paciente, mediante la aplicación del conocimiento del ente y sus personas.

Teniendo en cuenta las necesidades y las expectativas de los grupos de interés, y los factores y las realidades condicionantes de la sanidad previstos para los próximos años, Osakidetza será capaz de alcanzar un equilibrio que asegure la perdurabilidad del sistema tomando la innovación permanente y la apuesta por la tecnología como motores tractores del cambio que permita el avance continuo. Esto requiere la participación de todas las personas de Osakidetza, auténticas expertas en sus funciones y poseedoras de conocimiento, capaces de reinventar y provocar los procesos de innovación, y así adaptar los modelos asistencial y de gestión a la demanda futura.

Esta vocación proactiva se orientará hacia los grupos de interés a los que Osakidetza responde en sus necesidades y sus expectativas:

- los usuarios/pacientes, que reciben asistencia sanitaria;
- las personas de Osakidetza, los profesionales que dispensan dicha asistencia;

- la Administración pública vasca, como representación de la sociedad vasca, y específicamente el Departamento de Sanidad, como director de las políticas de salud;
- el entramado socioeconómico en cuanto al impacto positivo de la actividad de Osakidetza en términos de actividad empresarial, económica y laboral, así como la Agencia Vasca de la Innovación, como promotora de la innovación social y de gestión en la CAE, y
- el propio ente, que ha de cubrir sus propias necesidades para poder cumplir las expectativas de los demás grupos de interés.

Esta estrategia 2008-2012 pondrá las bases para la sostenibilidad del sistema y contará con los profesionales necesarios, tecnología e infraestructuras adecuadas, sistemas de información y un modelo asistencial que habrá de diseñarse de acuerdo con las necesidades cambiantes de la sociedad.

6.2.4. Retos estratégicos para el período 2008-2012

De cara al período estratégico 2008-2012, Osakidetza asume cuatro grandes retos relacionados con:

- los usuarios/pacientes,
- las personas de Osakidetza,
- la innovación y
- la sostenibilidad/perdurabilidad.

Estos retos derivan de las oportunidades y las amenazas del entorno principalmente, y son los elementos tractores de la estrategia 2008-2012 junto a la apuesta por los sistemas de información y la tecnología de soporte. Así se definen los motores.

Osakidetza apuesta por mantener la calidad del servicio sanitario prestada adaptándose a las realidades cambiantes, tanto demográficas como de salud. Para ello, pretende contar con las mejores personas para la prestación del servicio e innovar constantemente en términos organizativos y tecnológicos.

De cara al futuro, teniendo en cuenta la evolución demográfica, la demanda creciente y la constante evolución incremental del servicio, Osakidetza apuesta por compaginar los avances con el aseguramiento de la sostenibilidad y la perdurabilidad del ente y su actividad.

1) Responder de forma completa y eficaz a las necesidades cambiantes del usuario/paciente y de la sociedad.

Se trata de garantizar el acceso de los usuarios/pacientes al sistema sanitario y atender/resolver de manera eficaz las necesidades de salud con medios modernos y resolutivos.

Además de las necesidades individuales, las variaciones demográficas y los fenómenos migratorios, entre otros, marcan el entorno cambiante y evolutivo al que Osakidetza ha de responder. Las inercias previstas hacia nuevas patologías y el mayor peso de las situaciones crónicas derivado de la creciente esperanza de vida habrán de ser resueltas por Osakidetza.

2) Ser la organización sanitaria más atractiva para los usuarios/pacientes y para las personas de Osakidetza.

Se trata de captar a las mejores personas para el desarrollo de cada una de las actividades de Osakidetza, consolidando una organización atractiva para el pleno desarrollo personal y profesional de las mismas: formación, tecnología, sistemas de información, gestión del conocimiento, etc.

Aun siendo conscientes de no competir en mercado abierto y de tener clientes cautivos, Osakidetza quiere ser la opción preferente y preferida por la ciudadanía de la CAE por la calidad de su servicio, la cercanía de su atención, la resolutividad del sistema, etc.

3) Generalizar la cultura de la innovación (social, organizativa y tecnológica) y su aplicación en todo ámbito de actuación.

Se trata de establecer los mecanismos internos que permitan a las personas de Osakidetza desarrollar su creatividad y vehiculizar sus aportaciones en el seno del ente por medio de marcos facilitadores y promotores: cultura de innovación en todos los ámbitos (conocimiento, técnicas, gestión, tecnología...) disponiendo las condiciones para la ejecución de procesos de cambio.

4) Garantizar la perdurabilidad del ente.

Se trata de alcanzar el equilibrio entre el incremento de actividad previsto, las presiones de los agentes involucrados y la prestación de servicios sanitarios en un clima de innovación permanente y de gestionar de forma eficiente la organización mediante un uso racional y responsable de los recursos disponibles.

6.2.5. Compromisos contraídos con la sociedad vasca para el período 2008-2012

Osakidetza, ente público de prestación de servicios a la sociedad vasca, asume para con ésta seis compromisos públicos que complementan los retos y las líneas estratégicas.

Estos seis compromisos están alineados con requerimientos específicos e inciden, más si cabe, en detalles concretos de la actividad de Osakidetza. Son los siguientes:

1) Mejorar la asistencia en atención primaria adecuando los recursos a las necesidades por medio de la identificación de ámbitos de mejora y el aumento de la resolutivez de la atención primaria.

2) Mejorar los tiempos de resolución consiguiendo resultados más rápidos y de calidad, como una demora máxima de treinta días en primeras consultas y pruebas complementarias.

3) Garantizar un plazo máximo en intervenciones quirúrgicas no urgentes o programadas:

- cirugía oncológica: treinta días naturales,
- cirugía cardíaca: noventa días naturales y
- otros procedimientos quirúrgicos: ciento ochenta días naturales.

4) Potenciar las alternativas a la hospitalización tradicional y otras formas de gestión como las siguientes:

- cirugía mayor ambulatoria,
- hospitales de día médico,
- procesos de alta resolución,
- centros de alta resolución y
- hospitalización a domicilio.

5) Consolidar las plantillas de Osakidetza mediante una oferta pública de empleo y un concurso de traslados anual.

6) Modernizar y adecuar las infraestructuras y los equipamientos mediante una inversión de 600 millones de euros hasta el 2012 según planificación del Departamento de Sanidad.

6.2.6. Ámbitos de actuación

Osakidetza articula las líneas estratégicas que se deben seguir durante el próximo período 2008-2012 en torno a seis ámbitos de actuación principales que recogen los diversos aspectos de su actividad habitual:

1) **UP. Usuario/paciente.** Es el elemento central y el destinatario principal del sistema sanitario, al que se prestan los servicios asistenciales de manera ágil y eficaz en un entorno seguro y que promueve la propia responsabilidad del usuario/paciente.

2) **PO. Personas de Osakidetza.** Se trata de todos los hombres y mujeres trabajadores implicados con y en el ente, dondequiera que desempeñen sus funciones, principal valor y activo de Osakidetza.

3) **MA. Modelo asistencial.** Es el modo en el que Osakidetza presta los servicios de atención sanitaria mediante una oferta que permita cubrir con eficacia la demanda y las necesidades cambiantes.

4) **MO. Modelo organizativo.** Es la organización y la estructura interna de Osakidetza sobre la base de una coordinación y una gestión flexibles y eficientes de los recursos con el objetivo de mejorar el rendimiento global del sistema.

5) **TI. Tecnología e infraestructuras.** Consiste en el equipamiento (asistencial y no asistencial), el aparato clínico y los sistemas de información con los que se desarrolla la actividad actual y futura de Osakidetza, así como los elementos constructivos en los que dicha actividad tiene lugar.

6) **ID. Investigación y docencia.** Se trata de la investigación como aplicación de la metodología científica generadora de conocimiento de la organización para abordar los avances necesarios que versen sobre las enfermedades tratadas o sobre las necesidades de los usuarios/pacientes y del sistema sanitario, y de la docencia como actividad formativa impartida por personas de Osakidetza en beneficio de éstas o de estudiantes de pregrado, de especialización de posgrado, etc.

6.3. Plan de calidad del Hospital Universitario Virgen de las Nieves 2005-2010

6.3.1. Introducción

La calidad es uno de los elementos estratégicos en los que se fundamenta la transformación y la mejora de los sistemas sanitarios modernos. El estudio de la calidad en la asistencia sanitaria supone abordajes diversos, dado que tradicionalmente entraña significados distintos para los pacientes y sus familiares, los profesionales y los gestores.

La calidad de los servicios sanitarios será el resultado de las políticas sanitarias, de hacer bien lo correcto, de la imagen de la organización que perciban los prestadores y los receptores de los cuidados, de la definición del servicio atendiendo al cliente interno y externo, y de la adecuada interacción entre ambos servicios.

Los profesionales aportan habitualmente una perspectiva individual de la calidad a su práctica clínica; su pretensión legítima no es otra que hacer lo correcto de manera correcta. También los pacientes aportan una perspectiva individual, al plantear como atributos de la asistencia de calidad la adecuada comunica-

ción interpersonal con los profesionales, a los que exigen competencia técnica a la vez que desean una accesibilidad conveniente a los servicios. Mientras tanto, los ámbitos de gestión son más proclives a la perspectiva comunitaria, exigiendo en la prestación de los cuidados un adecuado rendimiento técnico, que sean satisfactorios para los pacientes y cuya consecuencia sea la mejora del nivel de salud de la comunidad.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía puso en marcha al comienzo de la anterior legislatura (2000-2004), por medio del I Plan de calidad del sistema sanitario público de Andalucía, un modelo estratégico de calidad que entendía ésta como una apuesta irrenunciable y firme de un sistema sanitario público orientado al ciudadano. Por lo tanto, sus necesidades, sus demandas, sus expectativas y su satisfacción se convirtieron en los objetivos fundamentales de la política sanitaria andaluza.

El plan se articulaba en siete líneas estratégicas, dos de las cuales (calidad y profesionales) constituían el núcleo más importante. El resto de líneas eran instrumentales y facilitaban el desarrollo de las primeras.

La Consejería de Salud, como centro corporativo integrado por diversos proveedores sanitarios públicos o concertados, asumía la responsabilidad de la creación del marco politicoestratégico en materia de calidad y eficiencia, que regulará sus respectivos contratos/programas. Este marco estableció un enfoque de calidad centrado en el elemento básico del sistema sanitario: el proceso asistencial, integral y único, entendido desde la perspectiva del ciudadano. Así, la continuidad asistencial ha pasado a ser el criterio clave y determinante que inspira organización, funcionalidad, formas de trabajo, formación de profesionales, etc.

La continuidad asistencial, mucho más que la simple coordinación, es una visión continua y compartida del trabajo asistencial, en el que intervienen múltiples profesionales, en diferentes centros de trabajo, que actúan en tiempos distintos con un objetivo común: la ciudadanía.

El II Plan de calidad del sistema sanitario público de Andalucía (2005-2008) pretende ser un elemento de continuidad de las políticas de calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Recoge la vocación de búsqueda de una organización diferente, más moderna, que se posicione al servicio de la ciudadanía de Andalucía, que se esfuerce en garantizar la mejor atención posible y que, desde una actitud emprendedora basada en la innovación, aborde nuevos retos para asegurar la persistencia de un sistema sanitario público solidario, equitativo y sostenible.

Con este plan, el sistema sanitario público de Andalucía ha de avanzar en aspectos de relevancia como los siguientes:

- mejorar todo lo que concierne a las relaciones con la ciudadanía,

- alinear a la organización con los objetivos de salud,
- incorporar transparencia como elemento básico de relación con la sociedad a la que sirve,
- profundizar en la continuidad asistencial y en el trabajo por procesos,
- avanzar en participación y desarrollo profesional,
- incorporar estrategias de calidad a políticas de salud pública,
- impulsar la investigación como inversión que posibilita la investigación e
- integrar el sistema sanitario público de Andalucía en la sociedad de la información y el conocimiento.

El II Plan plantea una estructura de procesos. Identifica cinco grandes procesos estratégicos que son, a su vez, los cinco ejes sobre los que va a desarrollarse el mismo.

Estos cinco procesos estratégicos se despliegan en cuarenta y nueve objetivos y ciento veinticinco líneas de acción que se agrupan en veinticinco proyectos estratégicos. Con un enfoque operativo y un marcado carácter transversal, dichos proyectos estratégicos permiten establecer las acciones necesarias para alcanzar con éxito el desarrollo de los procesos estratégicos definidos en el plan. El Plan de calidad 2005-2010 del Hospital Universitario Virgen de las Nieves define el marco para la gestión de la calidad en el Hospital, que se encuentra encuadrado en su plan de gestión 2005-2010 y que tiene como referencia el Plan de calidad del sistema sanitario público de Andalucía y el Decreto 317/2003, de 18 de noviembre.

6.3.2. Declaración de calidad del Hospital Universitario Virgen de las Nieves

1) **Línea estratégica de calidad.** Los valores y las metas del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, coherentes con los declarados para el conjunto del sistema sanitario público de Andalucía, se definen en el Plan de gestión 2005-2010, impregnan todos los niveles de la organización y todos los ámbitos de la gestión, y son llevados a cabo con espíritu de equipo y entusiasmo, los cuales posibilitan el máximo aprovechamiento de recursos y facilitan la cooperación entre profesionales, unidades y centros.

A partir de las metas y los valores del Hospital, se define un sistema de calidad total que facilite su consecución y se establecen unas líneas estratégicas de la calidad que permitan:

- Perseguir la excelencia del servicio al paciente, a su familia y a la sociedad en general satisfaciendo sus necesidades y sus expectativas.
- Aportar a nuestros usuarios y a la sociedad el máximo nivel de prestaciones asistenciales que sean posibles, facilitando la incorporación de nuevas técnicas y garantizando un uso eficiente de los recursos.

- Convertir al Hospital Universitario Virgen de las Nieves en líder nacional de la calidad y el nivel de servicio en todas las actividades que lleva a cabo, situándolo permanentemente entre los centros de mayor éxito en:
 - formación de profesionales de las diferentes áreas de conocimiento en ciencias de la salud, con especial referencia a la formación de especialistas incluidos en el Programa MIR;
 - investigación e innovación orientadas a la generación de valor para el Hospital y para el conjunto del sistema sanitario público;
 - continuidad del proceso asistencial a los pacientes mediante el fomento de los canales de comunicación y cooperación con la atención primaria;
 - garantía de accesibilidad a los servicios y prestaciones a partir del impulso de iniciativas dirigidas a mejorar el conocimiento sanitario de la población y a facilitar el conocimiento del funcionamiento y las prestaciones del sistema sanitario público de Andalucía;
 - la participación y la corresponsabilidad en la gestión por parte de la ciudadanía y los profesionales, que debe suponer la garantía en el mejor aprovechamiento de los recursos, tanto para adecuarlos a las demandas sociales como en el establecimiento de las prioridades, y
 - los estándares que el Hospital Universitario Virgen de las Nieves se marca, que estarán entre los más elevados de los hospitales de nuestra nación.

Para la consecución de estos estándares, el Hospital Universitario Virgen de las Nieves difunde sus valores en todos los ámbitos de la organización. Asimismo, será un símbolo de excelencia sostenida en el que cada persona que forma la organización pueda reconocerse.

6.3.3. Sistema de gestión de la calidad

La gestión de la calidad en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves se pone en práctica mediante su sistema de gestión de la calidad total (en adelante SGCT).

La decisión de adoptar un SGCT es una decisión estratégica, por lo que ésta se toma por acuerdo de la Comisión de Dirección con los objetivos y la estructura que a continuación se expresan y que coinciden plenamente con el Plan estratégico del Hospital y el II Plan de calidad del sistema sanitario público de Andalucía (2005-2008), aprobado por la Consejería de Salud. El SGCT del Hospital Universitario Virgen de las Nieves es la estructura que involucra pro-

cesos, procedimientos y recursos que la organización emplea para garantizar que se realizan las tareas necesarias para alcanzar los objetivos marcados en el Plan de gestión 2005-2010, de acuerdo con la política de calidad establecida.

6.3.4. Objetivos generales del sistema de gestión de la calidad

- Desarrollar las capacidades institucionales de adaptación e innovación del Hospital, sus servicios y sus profesionales, orientadas a una mejora de la calidad asistencial, docente e investigadora.
- Promover la evaluación institucional de la calidad tanto en el ámbito de la asistencia como en el de la enseñanza y la investigación, contribuyendo así a la potenciación de la "cultura evaluativa" en el Hospital.
- Definir un marco que permita evaluar el proceso asistencial desarrollado en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves desde la perspectiva del ciudadano, su integrabilidad en el sistema sanitario y su aportación a la continuidad asistencial.
- Utilizar la metodología propuesta por la EFQM para propiciar la contextualización autonómica, nacional y europea.

6.3.5. Objetivos específicos del sistema de gestión de la calidad

- Comprometerse a propiciar los recursos materiales y humanos que permitan la consolidación de los puntos fuertes detectados en los distintos informes y la corrección de los puntos débiles mediante las acciones estratégicas adecuadas.
- Proporcionar a los usuarios, los profesionales y a la sociedad en general la información más relevante sobre la calidad del Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
- Medir el grado de cumplimiento de las expectativas sociales hacia el Hospital.
- Estimular y velar por la elaboración de los respectivos autoinformes, en especial por la determinación de los puntos débiles y los puntos fuertes de las unidades evaluadas.
- Optimizar el uso de la información disponible y a veces no analizada (datos de productividad, informes de las comisiones, informe de autoevaluación EFQM, etc.).

6.3.6. Los resultados esperados

Al final del período de vigencia de este plan, deben esperarse una serie de resultados, tanto en aspectos asistenciales como en aspectos organizativos y de gestión.

La orientación general de estos resultados se centrará en los aspectos siguientes:

1) **Excelencia en la gestión.** El Hospital establecerá un modelo de gestión basado en la mejora continua que le permita introducir la excelencia en la gestión como pilar básico que garantice la eficacia y la eficiencia en la provisión de servicios sanitarios.

Dentro de este marco, el Hospital seguirá criterios de evaluación conforme al modelo EFQM, adoptará la metodología de gestión por procesos y certificará sus servicios de acuerdo a estándares de acreditación reconocidos. El Hospital definirá anualmente distintas áreas que se irán incorporando a procesos de autoevaluación conforme a la definición establecida por el modelo EFQM ("examen global, sistemático y regular de las actividades y los resultados de una organización comparados con el modelo EFQM de excelencia"), de tal forma que en el año 2009 se hayan incorporado todas las áreas del Hospital. El Hospital adoptará la metodología de gestión por procesos como instrumento de gestión y cambio organizativo, identificando los procesos claves, los líderes de proceso, los recursos necesarios para su aplicación y el conjunto de indicadores que permitan gestionar de manera eficiente los procesos del Hospital, haciendo coherente la definición del proceso con los objetivos establecidos en el Plan. La identificación de procesos claves se orientará a dar soporte a la aplicación de la gestión de los procesos asistenciales y a la toma de decisiones, configurando así una estructura interrelacionada que refuerce una línea de mejora continua en el conjunto de la organización. La estrategia de mejora continua estará apoyada por una política de formación específica orientada a estimular el trabajo de equipo, la autonomía de los profesionales, la eficacia y la eficiencia de los procesos y el liderazgo de los responsables de proceso. Se configurarán grupos de mejora que analicen la estrategia de implantación de cada proceso y su grado de desarrollo, identificando las líneas de mejora correspondientes. En el marco de la gestión por procesos, el Hospital diseñará un plan de acreditación de distintas áreas conforme a modelos reconocidos que permitan alcanzar, en el año 2009, el nivel, como mínimo, de acreditación óptimo conforme a los estándares establecidos por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Dentro de este proceso, se consolidarán las certificaciones existentes en distintas áreas (ISO 14001 del conjunto del Hospital e ISO 9001 del servicio de hostelería, electromedicina, sub. de control de gestión, sub. de recursos humanos, sub. de compras e inversiones, almacenes –excepto farmacia–) y se planificarán objetivos de acreditación para el período 2005-2009.

2) Compromiso profesional. Se establecerá una mejora de la formación MIR, reforzando que el afrontamiento de esta etapa de mutuo compromiso de aprendizaje y trabajo se desarrolle con las máximas garantías de seguridad, confortabilidad y desempeño para el Hospital y sus jóvenes profesionales. Es un nuevo modelo de gestión de la formación que profundiza en la aplicación de planes de formación continua, la gestión del conocimiento y el desarrollo profesional, que constituyen algunas de las bases que mayor valor añadido aportan en un sistema sanitario público de calidad. Para ello, el Hospital promoverá el desarrollo y el entrenamiento integral de sus profesionales, tanto en competencias técnicas como en habilidades relacionales y sociales, mediante las más innovadoras metodologías de simulación y de autoaprendizaje, e incorporando metodologías de *e-training*, simulación robótica, simulación virtual y simulación escénica.

Este modelo ha de permitir alcanzar los objetivos siguientes:

- actualizar los conocimientos de los profesionales y la permanente mejora de su cualificación a fin de conseguir un mejor desempeño de sus funciones, así como incentivarlos en su trabajo diario e incrementar su motivación profesional;
- potenciar el desarrollo personal y profesional;
- favorecer el avance en la carrera profesional;
- potenciar la capacidad de los profesionales para efectuar una valoración equilibrada del uso de los recursos sanitarios en relación con el beneficio individual, social y colectivo que de tal uso pueda derivarse;
- generalizar el conocimiento, por parte de los profesionales, de los aspectos científicos, técnicos, éticos, legales, sociales y económicos del sistema sanitario;
- mejorar en los propios profesionales la percepción de su papel social como agentes individuales en un sistema general de atención de salud y de las exigencias éticas que ello comporta, y
- posibilitar el establecimiento de instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios.

3) Compromiso ciudadano. El Hospital concebirá la organización de la asistencia sanitaria como un todo continuo, fomentando el reconocimiento de la atención primaria como punto de referencia de la asistencia sanitaria, abordando los cambios necesarios para aportar una mayor transversalidad en la gestión y estableciendo mecanismos que garanticen la continuidad de cuidados y el intercambio de información entre el Hospital y sus centros de salud.

El Hospital facilitará información sobre derechos, servicios y recursos disponibles, así como la forma de acceder a ellos en todos los ámbitos de la asistencia.

La participación y la corresponsabilidad en la gestión por parte de los ciudadanos debe suponer la garantía en el mejor aprovechamiento de los recursos, tanto para adecuarlos a las demandas sociales como en el establecimiento de las prioridades.

El Hospital fomentará la participación de los enfermos y los ciudadanos, y de forma especial de aquellos que presentan una relación más estrecha e intensa con el sistema en todos los ámbitos, como mecanismo indispensable para la adecuación y la modernización del mismo.

El Hospital abordará procesos encaminados a simplificar los trámites administrativos dentro del sistema, así como la necesaria flexibilidad ante situaciones o estadios que, por su excepcionalidad o singularidad, así lo requieran.

El Hospital promoverá la innovación tecnológica orientada a la mejora de la calidad de vida de los discapacitados.

4) Actividad asistencial. Se producirá un incremento en la actividad quirúrgica realizada mediante cirugía mayor ambulatoria y cirugía de alta precoz en hospitalización convencional y/o en nuevas alternativas al hospital de día quirúrgico.

Asimismo habrá un incremento en la actividad realizada en el hospital de día médico, coordinando todas las actuaciones sin ingreso y reforzando una línea de gestión eficiente de esta área.

También se establecerá una prestación asistencial en consultas externas, en condiciones de calidad y de alta resolución.

Habrá un nuevo modelo de gestión de las consultas externas basado en la gestión integrada de procesos asistenciales, en condiciones de calidad, maximización de las consultas de alta resolución, atención personalizada, accesibilidad temporal y continuidad asistencial.

Se optimizará la utilización de recursos y tecnologías, y se maximizará el rendimiento de la alta tecnología, tanto diagnóstica como terapéutica, incrementando el horario de funcionamiento de estas instalaciones.

También habrá una optimización de la gestión de las estancias de hospitalización y se aplicará un programa de uso racional del medicamento orientado a una prescripción efectiva y eficiente.

Se conseguirá un crecimiento equilibrado del gasto de funcionamiento, mejorando la eficiencia relativa global.

Se alcanzará la consolidación de las líneas de cooperación institucional con otros centros del sistema sanitario público de Andalucía en Granada, como la central logística, la lavandería, la cocina y la esterilización centralizada, y sinergias en la utilización de tecnologías diagnósticas, así como continuidad en la atención sanitaria.

Se producirá un mantenimiento de recursos e instalaciones y habrá una planificación de la renovación de equipamiento y tecnología, así como una gestión del programa de renovación. También habrá renovación de instalaciones generales en la línea de mejorar el confort general de las áreas de hospitalización y de las áreas de trabajo de los profesionales.

5) Innovación. El Hospital mantendrá la posición de liderazgo asistencial en las especialidades de referencia, desarrollando igualmente nuevas líneas de prestación asistencial que añadan valor a la atención a la población.

El Hospital incorporará formas organizativas más efectivas basadas en la gestión por procesos en el marco del Modelo europeo de gestión integral de la calidad.

El Hospital ocupará posiciones de liderazgo en las líneas de investigación priorizadas, como en el ámbito de las neurociencias, la medicina genómica y molecular, la virología y las enfermedades endocrinometabólicas.

El Hospital alcanzará una posición de liderazgo en el uso de las nuevas tecnologías de la información y el conocimiento.

6) El Hospital en la comunidad. El Hospital se definirá como comunidad de saber científico y humano articulada en una red de centros hospitalarios de prestigio.

El Hospital gozará de un alto reconocimiento social por la calidad de sus prestaciones y por su aportación al desarrollo socioeconómico y tecnológico de la provincia de Granada y de la comunidad autónoma.

El Hospital será un motor de la implantación y la divulgación de la sociedad del conocimiento en la provincia de Granada, y fomentará las estrategias de salud electrónica, de participación electrónica y de administración electrónica.

6.3.7. Los objetivos estratégicos

- Objetivo 1. Gestionar las relaciones con el ciudadano.
- Objetivo 2. Gestionar la calidad de los servicios.
- Objetivo 3. Impulsar las acciones de salud pública.
- Objetivo 4. Gestionar el conocimiento.
- Objetivo 5. Liderar el uso de las nuevas tecnologías de la información y el conocimiento.
- Objetivo 6. Difundir nuestros valores en todos los ámbitos de la organización.

6.3.8. Los objetivos operativos

1) Gestionar las relaciones con el ciudadano

- Adaptar los procesos administrativos al ciudadano.
Definir el mapa de procesos administrativos del Hospital. Rediseño de los procesos administrativos simplificando los procedimientos, suprimiendo los pasos innecesarios e incorporando el concepto de acto único al proceso. Definir el catálogo de procesos que pueden ser realizados desde el domicilio del paciente mediante administración electrónica, telefónicamente o por medios convencionales.
- Elaborar la carta de servicios del Hospital Virgen de las Nieves, un documento informativo para informar al ciudadano sobre los servicios que presta dicho hospital, las condiciones en las que se prestan, los derechos de los ciudadanos en relación con estos servicios y los compromisos de calidad que se ofrecen en relación con su prestación.
Para su confección, se seguirá la estructura definida en el Decreto 317/200, de 18 de noviembre, de la Consejería de Justicia y Administración Pública de la Junta de Andalucía visión Responsable.
- Establecer una carta de compromisos del Hospital. Derecho a una información accesible y asequible sobre el funcionamiento del Hospital mediante un plan de información hospitalario.
Derecho a la participación y la corresponsabilidad en la gestión mediante un plan de participación hospitalaria.
Derecho de accesibilidad y garantía de respuesta en nuestra actividad asistencial y de administración. Existirá un plan de garantía de acceso.
Derechos de los niños hospitalizados y sus padres, incorporando progresivamente la regulación de los derechos de privacidad y acompañamiento en las áreas de hospitalización de pediatría.

Derecho a un entorno terapéutico adecuado y seguro. Regulación de los derechos de acompañamiento y del régimen de visitas.

Derechos de confort y prestaciones hosteleras, incorporando progresivamente los procedimientos que garanticen un entorno confortable y amigable.

Derecho a conocer los resultados de la práctica clínica del Hospital mediante su publicación periódica.

Derecho a la participación positiva (donaciones, testamento vital, etc.).

Derecho a la personalización de la asistencia:

- Programa de acogida para los pacientes.
- Asignación de médico/enfermero responsable del proceso.
- Identificación del profesional.
- Información personalizada a pacientes, familiares y cuidadores.
- Canalización de sugerencias y quejas.
- Plan de atención a colectivos específicos.

Derecho de que le garanticen la continuidad de cuidados y el intercambio de información entre el Hospital y sus centros de salud.

- Establecer una comisión de calidad percibida. Para facilitar el cumplimiento de los derechos regulados en la carta de compromisos del Hospital y fomentar la participación y la corresponsabilidad en la gestión, se constituirá un grupo de calidad percibida que:
 - tendrá carácter multidisciplinar,
 - incorporará colectivos de pacientes y ciudadanos que presenten una relación más estrecha e intensa con el Hospital,
 - fijará, de acuerdo con los recursos asignados al centro, los objetivos anuales.
- Implantar un sistema de detección y gestión de ayuda para pacientes ingresados y atendidos en Urgencias con riesgo social y de género.
La cada vez más envejecida población de referencia que se desenvuelve en una sociedad individualista hace necesario que se implemente en el Hospital un sistema de detección del riesgo social que permita su valoración y el aporte de ayuda en relación con otras instituciones.
El posicionamiento firme de la sociedad frente a las agresiones de género requiere un hospital comprometido que haga suya esta preocupación. Para ello, se implementará un sistema de detección de la violencia de género y de aporte de ayuda a mujeres maltratadas.

2) Gestionar la calidad de los servicios

- Incorporar la estrategia de mejora continua. Implantar el ciclo de la mejora continua de la calidad como método de trabajo en toda la organización. El ciclo de la mejora continua es una de las herramientas de trabajo más potentes para definir, priorizar, evaluar, comparar y mejorar la asistencia que presta la organización.

Plan de formación específica. Elaboración, durante el primer semestre del año 2006, de un plan de formación específica dirigido a la difusión de la cultura y el método de la mejora continua, la calidad y la eficiencia.

Formar grupos de trabajo de mejora continua. El trabajo aislado difícilmente dará resultados. El enfoque del trabajo de equipo multidisciplinar aporta el valor añadido de los distintos puntos de vista y contribuye a:

- analizar el proceso asistencial,
- localizar problemas,
- priorizar y aportar posibles soluciones,
- mejorar la comunicación interna y la participación,
- adjudicar responsabilidades y
- consolidar las comisiones clínicas.

Se establecerá una normativa actualizada que regule el funcionamiento de las comisiones clínicas.

- Establecimiento de objetivos anuales para cada comisión en torno a la protocolización de la práctica multidisciplinar y a la utilización adecuada de recursos.
- Impulsar el uso adecuado del medicamento.

Se promoverá, conjuntamente con nuestra área, la utilización de los medicamentos más eficaces, seguros y eficientes.

La comisión de farmacia implantará un sistema de información del medicamento en el Hospital y garantizará que en la autorización de nuevos fármacos prime el principio de precaución.

- Impulsar la acreditación de servicios y unidades. El Hospital establecerá un modelo de gestión basado en la filosofía y en los sistemas de la calidad total. El Hospital seguirá criterios de evaluación conforme al modelo EFQM, adoptará la metodología de gestión por procesos y acreditará sus servicios de acuerdo con estándares de acreditación reconocidos.

El Hospital definirá anualmente distintas áreas que se irán incorporando a procesos de autoevaluación conforme a la definición establecida por el modelo EFQM, de tal forma que en el año 2009 se hayan incorporado todas las áreas del Hospital.

Se consolidarán las acreditaciones existentes en distintas áreas:

- Conforme a la ISO 14001 del conjunto del Hospital.
- Conforme a la ISO 9001 del servicio de hostelería, electromedicina, etc.
- El Hospital acreditará, en el período 2005-2009, conforme a normas ISO las áreas de apoyo clínicas y no clínicas.

El Hospital dispondrá de un plan de mantenimiento electromédico:

- Plan anual de mantenimiento reglado reordenando los actuales contratos de mantenimiento.

- Inventario de equipos con registro de estado y controles de seguridad a los que ha sido sometido.

Cocina

- Plan de implantación de alternativas tecnológicas a la organización y el funcionamiento actual del servicio.

Impulsar las políticas de calidad por unidades clínicas. Los servicios establecerán programas específicos de evaluación y mejora de calidad. Designarán responsables de calidad y se establecerán reuniones periódicas para valorar los objetivos de calidad.

Elaboración de estándares de práctica clínica por proceso con los criterios siguientes:

- implicación de diferentes estamentos,
- autoevaluación,
- fijación de objetivos y
- designación de un responsable de calidad por unidad.

El Hospital diseñará un plan de acreditación de las distintas áreas conforme a los estándares establecidos por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, que permitan alcanzar, en el año 2009, el nivel, como mínimo, de acreditación óptimo. Se priorizarán:

- las unidades clínicas de gestión,
- el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública,
- la unidad de investigación y
- la gestión del proceso asistencial en Urgencias.

El Hospital diseñará un plan de acreditación para la evaluación externa conforme al modelo EFQM de algunas unidades acreditadas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, que permitan alcanzar, en el año 2009, como mínimo, el nivel 5000 en las unidades seleccionadas.

- Desarrollo del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública como un servicio de soporte de la gestión de calidad del Hospital.

El Hospital integrará en el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública la totalidad de los profesionales y los recursos que hoy prestan sus servicios en las unidades de apoyo a la gestión de calidad asistencial, gestión por procesos asistenciales integrados y sistemas de información clínicos.

El Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública elaborará, en el plazo de seis meses desde la integración de todos los recursos, un programa de soporte a la gestión de calidad clínica en el Hospital integrado en el sistema de gestión de calidad. Dicho programa tendrá en cuenta el desarrollo de un sistema de vigilancia sobre, al menos, los aspectos siguientes:

- la tecnología que permita obtener de una manera eficiente la información y que permita su tratamiento y disponibilidad, incluyendo su integración en los SI corporativos;

- la monitorización de los indicadores de actividad;
 - la monitorización de indicadores de resultado;
 - el desarrollo de una red de alerta que integre los aspectos de vigilancia epidemiológica, control de infecciones nosocomiales, seguridad del paciente, iatrogenia y efectos adversos de la práctica médica, etc.
 - El Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública adoptará la metodología de gestión por procesos y acreditará sus servicios conforme a estándares de acreditación reconocidos.
- Diseñar e implantar un sistema de monitorización, evaluación e información del programa de calidad.
El sistema de calidad total implementado en el Hospital Virgen de las Nieves responde al esquema lógico denominado en EFQM REDER2, por lo que la revisión y la evaluación de las estrategias, las políticas y los resultados deben evaluarse y, basándonos en ellas, revisarse. Por esto se ha de establecer un sistema de evaluación explícito y objetivo:
 - Para cada objetivo de calidad, se establecerán los estándares que habrá que alcanzar y los indicadores que nos permitan evaluar el grado de cumplimiento.
 - Establecer un sistema de monitorización periódico que incluya información relevante y comparable respecto a los estándares establecidos.
 - La información obtenida debe utilizarse en el proceso de toma de decisiones.
 - Elaboración e implementación de un plan de comunicación de resultados del plan de calidad.
La organización trabaja para alcanzar unos determinados resultados. Publicitar y dar a conocer los resultados de calidad es indicador del grado de compromiso de la organización con el plan de calidad. Para ello se elaborará un plan de comunicación que:
 - se desarrollará en un procedimiento específico del manual de calidad;
 - se indicará quién o quiénes son los responsables de presentar los resultados;
 - se indicará el vehículo de difusión y la forma en la que se va a hacer público para cada uno de los niveles, y
 - se explicitará a quién, cómo y cuándo se van a comunicar los resultados.

3) Impulsar las acciones de salud pública

- Impulsar políticas de promoción y prevención de la salud.
Fomentar hábitos saludables. El hospital priorizará la puesta en marcha de programas de actuación específicos en su ámbito poblacional de, al menos, los planes siguientes:
 - Plan de actuación sobre el tabaquismo,
 - Plan de atención a enfermedades cardiovasculares,
 - Plan integral de oncología y
 - Plan de atención a la obesidad infantil.

El Hospital establecerá una metodología de trabajo en colaboración con otros sectores para la atención a colectivos en riesgo social, con especial referencia a:

- la atención a mujeres víctimas de malos tratos,
- la atención a menores en situación de riesgo social y
- la atención a inmigrantes.

4) Gestionar el conocimiento

- Impulsar estrategias de impulso de la investigación biomédica.
Desarrollar estructuras de soporte de ámbito multicéntrico en las que participen hospitales, distritos de atención primaria, universidades, parques tecnológicos y empresas de nuestra área de influencia.
Fomentar la investigación competitiva y cooperativa por medio de redes.
Actualizar líneas prioritarias.
Desarrollar líneas de excelencia.
Desarrollar un cuadro de mandos de investigación.
Potenciar líneas de investigación relacionadas con las TIC.
Potenciar los estudios de investigación relacionados con la evaluación de tecnologías.
- Garantizar el intercambio de conocimiento en el sistema sanitario.
Establecer las alianzas necesarias con centros e instituciones homólogas para trabajar cooperativamente por medio del contacto virtual y presencial las áreas siguientes:
 - sesiones clínicas,
 - segunda opinión,
 - gestión de casos clínicos y
 - trabajo cooperativo.

Implementar un sistema de gestión del conocimiento que permita la realización de un cambio de primer nivel.

Durante el año 2006 se desarrollará una herramienta informática que permita estudiar el conocimiento clave en el área de logística.

5) Liderar el uso de las nuevas tecnologías de la información y el conocimiento

- Impulsar estrategias de salud electrónica, formación electrónica, administración electrónica y participación electrónica.

Alcanzar una posición de liderazgo social en las nuevas tecnologías de la información y el conocimiento. El Hospital será motor de la implantación y la divulgación de la sociedad del conocimiento en la provincia de Granada, y fomentará las estrategias de salud electrónica, administración electrónica y participación electrónica.

Alcanzar una posición de liderazgo en el sistema sanitario público de Andalucía en las nuevas tecnologías de la información y el conocimiento. El Hospital será motor del desarrollo y la implantación de servicios a los profesionales mediante estrategias de formación electrónica, administración electrónica y participación electrónica.

- Impulsar el uso de las nuevas tecnologías de la información y el conocimiento para el rediseño de servicios.

El Hospital alcanzará una posición de liderazgo en el rediseño de procesos en los servicios de diagnóstico por imagen mediante el uso de las nuevas tecnologías Operativos División Responsable.

- Establecer las alianzas necesarias con centros e instituciones para el desarrollo de un plan que facilite la accesibilidad a los servicios:
 - Servicios SMS de recordatorio de citas.
 - Servicios SMS de documentación del acceso a los servicios.
 - Servicios SMS de adherencia al tratamiento.

Utilización de las nuevas tecnologías para un nuevo plan de señalización que facilite la orientación de la ciudadanía, especialmente de los colectivos con barreras sensoriales.

- Impulsar el uso de las nuevas tecnologías de la información y el conocimiento para la gestión del conocimiento clínico.

Establecer un sistema de información integrado y transparente que actúe como motor del desarrollo y la implantación de un cuadro de mandos integral y de herramientas corporativas como:

- la historia digital,
- la receta XXI y
- procedimientos economicoadministrativos y central logística y de compras.

- Diseñar un plan de implementación de la domótica en el Hospital.

La domótica hace referencia a la integración de todos los automatismos en materia de seguridad, gestión de la energía, comunicaciones, etc. en una vivienda o edificio con el fin de aumentar el confort, la seguridad, el ahorro energético, las facilidades de comunicación, la operación y el mantenimiento de las instalaciones, la accesibilidad para los usuarios con

minusvalías, etc. En el año 2006 se establecerán las áreas prioritarias de actuación, se especificarán los hitos más relevantes y se procederá a la búsqueda del socio tecnológico.

6) Difundir nuestros valores en todos los ámbitos de la organización

- Impulsar estrategias de compromiso con el entorno.
Mantener una posición de liderazgo social en el desarrollo de un sistema de gestión ambiental, conjugando éste con la actividad y los recursos económicos utilizados, cuya conjunción constituya el compromiso de sostenibilidad del Hospital por medio de un adecuado desempeño social, ambiental y económico de la organización.
Impulsar al desarrollo socioeconómico y tecnológico de la provincia de Granada. El Hospital Universitario Virgen de las Nieves será motor de desarrollo socioeconómico de la provincia de Granada, incorporando esta visión en su dirección estratégica y participando en los foros de debate y desarrollo de nuevas iniciativas socioeconómicas en nuestro entorno.
Actualizar anualmente la Memoria de sostenibilidad. Para avanzar en el compromiso de transparencia en la gestión que el Hospital declara en su Plan de gestión, se deberá actualizar anualmente la Memoria de sostenibilidad 2005-2010:
 - Se consolidará el grupo elaborador.
 - Se incluirá el seguimiento de los indicadores de calidad.
 - Se editará en el primer trimestre del año.
 - Se certificará de conformidad con la Guía de GRI por AENOR.
- Impulsar estrategias de compromiso con la formación de nuevos profesionales.
Impulsar la formación MIR comprometiéndonos a aportar a la sociedad los profesionales mejor formados y dotando a nuestros residentes, desde el momento de su incorporación, de todas las herramientas necesarias para que el afrontamiento de esta etapa de mutuo compromiso de aprendizaje y trabajo se desarrolle con las máximas garantías de seguridad, confortabilidad y desempeño para ambos.
- Impulsar estrategias de compromiso con la formación de todos los profesionales.
Plan de desarrollo y entrenamiento integral del profesional en competencias técnicas y en habilidades relacionales y sociales por medio de las más innovadoras metodologías, tanto de simulación como de autoaprendizaje, e incorporando metodologías de *e-training*, simulación robótica, simulación virtual y simulación escénica.
- Impulsar estrategias de compromiso con los profesionales. El Hospital desarrollará acciones que fomenten la solidaridad con los pueblos, los grupos y las sociedades más desfavorecidos contribuyendo al desarrollo y la mejora de la salud y las condiciones de vida de éstos.

Mantener una posición de liderazgo en las prestaciones, en la calidad del servicio y en la contribución al desarrollo socioeconómico y tecnológico de la provincia de Granada y de la comunidad autónoma, de forma que el Hospital Universitario Virgen de las Nieves sea un símbolo de excelencia en el que cada persona que forma parte de la organización pueda reconocerse.

El Hospital mantendrá ante el sistema sanitario público de Andalucía una posición de liderazgo clínico en la calidad del servicio y en el uso adecuado de las nuevas tecnologías, compartiendo iniciativas clínicas, de gestión y organización, y cooperando en la gestión de los recursos públicos con otros centros.

El Hospital desarrollará acciones que fomenten el espíritu de equipo y el entusiasmo de sus profesionales, lo que, a su vez, posibilita el máximo aprovechamiento de recursos y facilita la cooperación entre profesionales, unidades y centros.

Bibliografía

Asociación Española de Normalización y Certificación (2003). *Guía para la evaluación del sistema de gestión de la calidad según la Norma UNE-EN ISO 9004:2000. Herramientas y planes de mejora*. UNE 66174. Madrid: AENOR.

Asociación Española de Normalización y Certificación (2003). *Sistemas de gestión de la calidad. Guía para la implantación de sistemas de indicadores*. UNE 66175. Madrid: AENOR.

Asociación Española de Normalización y Certificación (2005). *Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario*. UNE-EN ISO 9000:2005. Madrid: AENOR.

Asociación Española de Normalización y Certificación (2007). *Servicios sanitarios. Sistemas de gestión de la calidad. Guía para el uso de la Norma EN ISO 9001:2000*. CEN/TS 15224. Madrid: AENOR.

Asociación Española de Normalización y Certificación (2008). *Servicios sanitarios. Sistemas de gestión de la calidad. Guía para el uso de la Norma EN ISO 9004:2000 para la mejora del desempeño en los servicios sanitarios*. UNE-CEN/TR 15592 IN. Madrid: AENOR.

Camisón, C.; Cruz, S.; González, T. (2007). *Gestión de la calidad. Conceptos, enfoque, modelos y sistemas*. Madrid: Pearson Educación.

Escriba, M. A. (2003). *Gestión científica empresarial. Temas de investigación actuales* (capítulo 9). Ed. Netbiblo.

Fernández Hatre, A. (2004). *Indicadores de gestión y cuadro de mando integral*. Llanera: Instituto de Desarrollo Económico del Principado de Asturias.

Heredia, J. A. (2001). *Sistema de indicadores para la mejora y el control integrado de la calidad de los procesos*. Castellón de la Plana: Publicaciones de la Universitat Jaume I.

Juran, J. M. (1974). *Quality control handbook* (3.ª edición). Hardcover.

Juran J. M.; Gryna, F. M. (eds.) (1988). *Juran's quality control handbook* (4.ª edición). Nueva York: McGraw-Hill Companies.

Kaplan, R.; Norton, D. (2002). *Cuadro de mando integral*. Barcelona: Gestión 2000.

Kaplan R.; Norton, D. (2004). *Mapas estratégicos. Convirtiendo los activos intangibles en resultados tangibles*. Barcelona: Gestión 2000.

Moreno-Luzón, M. D.; Peris, F. J.; González, T. F. (2001). *Gestión de la calidad y diseño de organizaciones. Teoría y estudio de casos*. Madrid: Prentice-Hall.

Salgueiro, A. (2005). *Indicadores de gestión y cuadro de mando*. Madrid: Díaz de Santos.

Wilkinson, A. y otros (1998). *Managing with total quality management*. Nueva York, Hong Kong: Theory and Practice, Macmillan.

