

TEMA 1 CONCEPTOS GENERALES DE CALIDAD

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN

DESARROLLO HISTÓRICO

- Precursores
- De 1940-1960
- Década de los 60
- Década de los 70
- Década de los 80
- Década de los 90

DEFINICIÓN DE CALIDAD

- Definiciones en el mundo empresarial
- Definiciones en el campo sanitario

MOTIVACIONES PARA EXPLICITAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

- Aspectos éticos
- Aspectos legales
- Eficiencia

ASPECTOS ERRÓNEOS DE LA CALIDAD

TENDENCIAS ACTUALES

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

En general, la calidad es un concepto mal entendido en el ambiente sanitario. La calidad es más que una definición o un propósito. Actualmente, representa una disciplina con un cuerpo de conocimientos propios. Por lo tanto, como tal disciplina, podemos decir que el abordaje de la calidad se aprende.

Los fundamentos de la calidad son el conjunto de principios, métodos y estrategias que intentan movilizar a los profesionales, con el propósito de ofertar buenos servicios que obtengan la satisfacción del cliente al menor coste posible.

La calidad es una forma de pensamiento donde la excelencia rige las decisiones y actividades de todos y cada uno de los integrantes de la organización, incluido la Dirección, que debe formular la política de calidad del centro y constituirse en impulsora del cambio.

Es preciso definir qué se entiende por calidad asistencial, para medir y medir para saber cómo podemos intervenir para mejorar aquello que previamente hemos definido. No hay una única definición, y cada una de las definiciones existentes en la bibliografía, conlleva una serie de variables, características o dimensiones que serán las que tengamos que cuantificar, de modo que las Instituciones sanitarias, conjuntamente con sus profesionales, tienen qué abordar el concepto de calidad de forma particularizada. La mejor definición de calidad es aquella que se realiza en el propio centro y en la que participa en su confección, los profesionales. De cualquiera de las formas es aconsejable hacer un repaso de las aportaciones de distintos autores y organizaciones al concepto de calidad.

DESARROLLO HISTÓRICO DE LA CALIDAD.

Los precursores: entre la calidad individual y la mejora global

La preocupación por atender a los pacientes con la mayor calidad posible es tan antigua como la práctica clínica, tal como puede observarse en los siguientes hitos históricos:

Algunos hitos históricos relacionados con la preocupación por la calidad asistencial

Código de Hammurabi en el año 2000 a. C. promulgaba en Babilonia el código que regulaba la atención médica y en el que incluía las multas que estos debían de pagar por los malos resultados de sus cuidados.

Papiro de Egipto 2000 a. C. se encontramos algunos de los primeros estándares referidos a la práctica médica

En **China** se encuentran documentos que datan de 1000 a. C. En el que se presenta el estado del arte de la medicina en aquella época y se regulan las competencias de los profesionales

Tratado de Hipócrates de Cos 500 a. C, recoge las primeras bases éticas y legales de obligado cumplimiento para los médicos que aún hoy siguen vigentes

Tratado Galeno 200 d. C. Es un trabajo donde se estandariza el conocimiento médico de la época

Todos estos trabajos estaban dirigidos a normalizar el proceso de la práctica clínica

Los primeros trabajos de evaluación sistemática de la atención sanitaria comienzan a ser realizados por epidemiólogos entre ellos cabe destacar el tratado escrito por **Sir W. Petty** uno de los padres de la epidemiología moderna. En este se comparan los hospitales de Londres y París y llega a la afirmación de que *"los hospitales de Londres son....mejores que los de París, pues en los mejores hospitales de París fallecen 2 de cada 15 pacientes, mientras que en los peores hospitales de Londres fallecen 2 de cada 16"*

Cómo podemos apreciar, ya desde el principio de la medicina encontramos ejemplos de evaluación y mejora de la práctica profesional, la mayoría de autores están de acuerdo en mencionar como precursora de la moderna ciencia de la calidad el trabajo de **Florence Nightingale** en el Barrack Hospital durante la guerra de Crimea (1854). Cuando ella y sus enfermeras llegaron al hospital, la tasa de mortalidad de los pacientes ingresados era del 40%. Después de seis meses de aplicar acciones de mejora en los cuidados básicos y en la higiene de los hospitales, dieta adecuada, ambiente limpio, material sanitario redujo la tasa de mortalidad al 2%. La Sra. Nightingale utilizó las estadísticas de mortalidad para cada tipo de patología para demostrar que las mejoras en la higiene, cuidados, y condiciones sanitarias en las que se atendía a los pacientes mejoraban los resultados y justificaban la moderna atención de enfermería que ella propugnaba. Posteriormente estableció lo que podría entenderse como los primeros estándares de la práctica de enfermería en su publicación *Notes on Nursing* (1860), que se refieren a las condiciones estructurales en las que se realiza la atención.

En las primeras décadas del siglo XX encontramos en Europa y en EEUU una intensa preocupación por la mejora de la enseñanza de la medicina. En este campo cabe destacar el **Informe Flexner** (1910), en el cual se ponía de manifiesto la falta de estandarización de los estudios de medicina y la deficiente formación de algunos profesionales. Como resultado de la aplicación de dicho informe se cerraron un importante número de facultades de medicina en EEUU.

Otro importante predecesor en este campo fue el Dr. Ernest Codman, cirujano de Massachussets General Hospital, en Boston, estaba profundamente preocupado por el tema de los resultados en los pacientes quirúrgicos. Es uno de los fundadores del American College of Surgeons. Codman propuso *"Todo hospital debería realizar un seguimiento de cada uno de los pacientes que trata durante el tiempo suficiente para saber si el tratamiento ha sido positivo y si no lo ha sido averiguar las razones"*

Fue encargado de desarrollar el programa de estandarización de los hospitales en 1918 que se basó principalmente en aspectos estructurales, este fue la base del futuro desarrollo de la Joint Commision on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO).

Esta primera etapa se caracteriza por la preocupación ética inicial de los profesionales de forma individual por la calidad de su trabajo, el interés por los resultados obtenidos en el paciente después de la atención y la dificultad de medir los resultados a nivel global en los centros, decantándose por evaluar la estructura.

En la década de los 30 se publicó el informe de Lee y Jones sobre el coste de la atención médica que incluía una lista de características de acuerdo a las cuales se debía evaluar la calidad de la atención dispensada por los profesionales y los centros, estos criterios han sido punto de referencia del desarrollo de los esfuerzos de calidad durante muchos años.

Criterios de la atención sanitaria de calidad. Lee y Jones

1. La buena atención médica se limita a la práctica de la medicina racional basada en la ciencia médica
2. La buena atención médica enfatiza la prevención
3. La buena atención médica requiere cooperación inteligente entre el público y los profesionales que practican una atención científica
4. La buena atención médica trata al individuo como un todo
5. La buena atención médica mantiene una estrecha relación y continuada entre el médico y el paciente
6. La buena atención médica coordina todo tipo de servicios médicos
7. La buena atención médica implica la aplicación de todos los servicios necesarios de la medicina moderna y científica a las necesidades de todas las personas

De 1940 a 1960: creación de la JCAHO y las bases para el desarrollo de los métodos de proceso

La aportación más importante de este periodo fue la de **Paul Lemboke** cirujano de la Jhon Hopkins University Medical School, el cual desarrollo un nuevo método para evaluar la calidad: **el audit médico**. Lemboke estaba muy preocupado por la variabilidad de resultados que observaba en su práctica diaria, estableció lo que fue el desarrollo de los criterios explícitos que permitían la comparación entre centros y profesionales y una sistemática de recogida de información.

El programa de acreditación de hospitales seguía su crecimiento, de forma que en 1951 se revisaban 3.290 centros y era financiado exclusivamente por la American College Of Surgeons. Ante el crecimiento de este proyecto en 1952 la American College of Surgeons se une a otras asociaciones profesionales las cuales dan origen a la **Joint Commission on Accreditation of Hospital** que posteriormente pasará a llamarse Joint Commission on Accreditation of Health Organizations

Década de los sesenta: la internalización de los programas de calidad y la clasificación de los métodos.

Una característica importante de este periodo es la asociación de los programas de calidad con la financiación de los centros. En 1965 y 1966 se crean en los EEUU los programas federales de atención a ancianos y personas sin recursos (MEDICARE Y MEDICAID), se establece que solo los hospitales que se acrediten por la JCAHO serán reconocidos para la atención de esos pacientes. De este modo la acreditación que hasta ahora era un elemento de prestigio, pasa a ser un elemento crucial para su financiación y supervivencia económica.

La acreditación en 1964 establece como requisito la realización en cada centro de un determinado número de audits, lo que representa un avance en la evaluación en la que la atención de los evaluadores no se detiene exclusivamente en los datos de estructura necesario para prestar la atención sino que evalúan aspectos de cómo se desarrollan las actividades sanitarias. La generalización de los audit sentó las bases para el desarrollo de las comisiones clínicas en los centros.

La internalización de los programas de calidad se benefició también de los trabajos de **Marie Phaneuf** que desarrollo un conocido método de audit de enfermería en 1964.

M.A. Morehead estudió la calidad en atención primaria de salud mediante la revisión por pares y la discusión de los casos con los profesionales que los atendieron.

Osborne y Riedel introdujeron el uso de los criterios explícitos en la evaluación.

En 1967 se inicia la acreditación por parte de la JCAHCO de lo centros de atención ambulatoria.

En el campo del desarrollo metodológico destaca especialmente el trabajo de **Avedis Donabedian**, en el cual propone una clasificación de los métodos de Calidad en estructura, proceso y resultados y establecía las bases para el futuro desarrollo metodológico y de investigación de los años siguientes.

En este período el énfasis de los estudios de calidad era la mejora de los procesos de atención y la autoevaluación de los profesionales.

Década de los 70:

Este periodo es uno de los más fecundos en el desarrollo de la calidad, también fue el inicio del desarrollo de los métodos de resultados, en este apartado cabe citar los trabajos de **J. Williamson** que introdujo una nueva metodología con la formulación del concepto ABNA (achievable benefit not achieved, beneficio posible no alcanzado), que mide la diferencia entre los estándares considerados como deseables para el diagnóstico y tratamiento y la práctica

real evaluada tanto mediante la revisión de las historias clínicas como mediante la revisión del estado de salud de los pacientes y el envío de cuestionarios en el que daban información sobre su estado de salud.

Los años 70 y principios de los 80 fueron también un periodo importante de reflexiones teóricas sobre la definición y dimensiones de la calidad. De esta época son las aportaciones clásicas de A. Donabedian y de R.H. Palmer sobre la definición y naturaleza de los estudios de la calidad. La aportación de R.H. Plamer sobre las dimensiones de la calidad influyó de forma decisiva en la conceptualización de esta disciplina.

El interés por los resultados de la atención hizo que se incluyeran, en el estudio de la calidad de la atención, la opinión de los pacientes sobre el servicio recibido. En este sentido son importantes los trabajos realizados por B. Hulka sobre satisfacción de los pacientes en el ámbito de la atención primaria.

Años 80:

El principio de esta década se caracteriza por una preocupación en la contención de costes, se crean sistemas de pagos prospectivo por GRD(grupos relacionados de por el diagnóstico), en el ámbito de la calidad, este sistema representó el desarrollo de los métodos concurrentes de medición frente a los retrospectivos.

Durante la última parte de la década tuvieron especial relevancia los estudios sobre la variabilidad de la atención.

En cuanto al desarrollo organizativo de los programas de Calidad existían a mediados de los ochenta en los hospitales diferentes instancias que se ocupaban de los proyectos de mejora.

Durante esta década la JCAHO establece como requisito para la acreditación la existencia en los centros de planes de calidad integrados a nivel global, y estableció la implantación de los sistemas de monitorización, como mecanismo para realizar la valoración global de un servicio. Pero la influencia más importante para el desarrollo de futuros programas de calidad se derivó de la adaptación de los conceptos y estrategias de la calidad industrial al sector sanitario, que se inicia a finales de los 80. Dentro de este apartado son importantes las aportaciones de autores como Shewhart, Deming, Feigenbaum, Juran, Crosby, y de expertos japoneses como Taguchi, Ishikawa. En resumen aportan la idea de la Mejora continua de la calidad, la utilización de los métodos estadístico para lograrlo, la importancia de conocer las necesidades de los usuarios, la necesidad de un cambio de cultura en la organización en la que los directivos deben de liderar la gestión de la calidad y en la que deben de participar todos los integrantes de dicha organización, así como la educación en estos temas, etc.

Década de los 90

Se inicia el traslado de algunas experiencias industriales al sector sanitario, se demostró con claridad que las técnicas de mejora de la calidad utilizadas en la industria podían ser aplicadas con éxito en la atención sanitaria. De las experiencias que se realizan se desprende que la mejora continua de la calidad es un esfuerzo integrado que se dirige fundamentalmente a los clientes y no como hasta ahora que había sido a las actividades de los profesionales. El propósito y el éxito de una organización se basa en sus clientes internos y externos. La mejora continua de la calidad es la integración de:

- Una **filosofía de mejora continua orientada a los clientes**. Un principio básico es que los empleados quieren dar lo mejor de sí mismos, que son los que mejor conocen su propio trabajo y que deben estar implicados en la planificación de mejoras.
- **Habilidades analíticas**. Tomar decisiones basándose en la utilización de los datos y herramientas analíticas
- **Habilidades interpersonales**. Se generan mejores ideas y se hacen los cambios más rápidamente si las personas que están más cercas de los procesos están implicados en el análisis y en la toma de decisiones. En las organizaciones se debe de estimular el estilo de gestión participativo, la formación continuada para todos los profesionales, la dinámica de grupos, comunicación entre clientes, etc.
- **Estructura y organización**. Para asegurar el éxito de mejora de la calidad se debe establecer una estructura y una organización que de soporte a las actividades que surjan del equipo de mejora de la calidad.

En esta década sigue existiendo una preocupación creciente por la variabilidad de la atención, lo cual se traduce en un esfuerzo de sistematización de la evidencia científica mediante el desarrollo de "guías de prácticas clínicas", en las cuales se establecen la conducta diagnóstica y terapéutica adecuada a cada patología.

Sin embargo, el desarrollo más importante en los últimos años, es el cambio del papel de los pacientes en el sistema sanitario. Así podemos observar como la demanda de la sociedad hacia los temas de calidad en los países desarrollados se ha generalizado a todos los ámbitos del servicio y por tanto a los servicios sanitarios. El aumento de la demanda social hacia los temas de calidad está cambiando también la forma en que se dispensa la atención sanitaria.

DEFINICIÓN DE CALIDAD

Definiciones en el mundo industrial:

Definiciones de calidad hay tantas, como autores escriben sobre el tema. Pero, ¿Cómo sabremos si un producto o servicio es de calidad?, veamos como responden algunos de los autores más influyentes sobre calidad en la industria:

Juran define la calidad como *"idoneidad o aptitud para el uso"*. Un producto o servicio será de calidad si sirve para lo que está previsto que sirva. La aplicación de este concepto a un servicio o producto concreto exige una definición previa de qué necesidades y expectativas está previsto que sean satisfechas con el servicio o producto a evaluar; las cuales serían diferentes para según qué producto o servicio y determinarán las características que éste debe tener para que sea de calidad.

Deming propone definir la Calidad *"en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio"* La idea es quién compra o demanda el servicio lo hace en función de unas necesidades y expectativas que son las que van a determinar si lo que recibe es o no de Calidad.

Entre las muchas definiciones revisadas destacamos:

- El grado de satisfacción que ofrece las características del producto con relación a las exigencias del consumidor.
- El conjunto de todas las propiedades y características de un producto que son apropiadas para cumplir las exigencias del mercado al que va destinado.
- El grado de adecuación de un determinado producto o servicio a las expectativas del usuario o a ciertos parámetros tecnológicos o científicos expresados mediante normas concretas.

Como puede apreciarse hay un esquema básico subyacente a estas definiciones. Este esquema básico parte de tres componentes que hay que identificar y caracterizar: proveedor, servicio o producto que se ofrece y el receptor del mismo. Para que haya calidad, el que ofrece el servicio ha de tener en cuenta las necesidades y expectativas de a quién va dirigido.

Ambos objetivos de la calidad, la satisfacción de las necesidades del consumidor y la conformidad con las especificaciones del diseño, los sintetiza **Ishikawa**: *" Trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o un servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario"*.

A través de este recorrido por las definiciones de calidad se puede decir que el concepto de calidad es siempre un binomio producto/cliente.

La relación calidad/precio no está, según algunos autores, contemplada en las definiciones anteriores. **Drucker** define la calidad de un servicio o producto

como aquella que el cliente está dispuesto a pagar según lo que obtiene y valora.

En la Tabla I, están representadas las aportaciones al concepto de calidad de los principales autores del mundo empresarial y sus correspondientes limitaciones inherentes.

DEFINICIONES (ORIGEN)	LIMITACIONES INHERENTES
Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie (Diccionario de la Real Academia de la Lengua)	Demasiado general. Poco práctica.
Conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que lo hacen apto para satisfacer necesidades implícitas o explícitas (ISO 8402)	Teóricamente aplicable a productos o servicios, pero orientada a productos.
Cumplimiento de especificaciones (Crosby)	Es estática al no incluir el concepto de mejora continua.
Adecuación al uso, satisfaciendo las necesidades del cliente (Juran)	No optimiza costes.
Grado predecible de fiabilidad a bajo coste, adecuado a las necesidades del mercado. (Deming)	Orientada a fabricación y producción; mejorable en cuanto a calidad en servicios a muchos de los cuales no es aplicable.

Tabla I Principales definiciones de calidad y limitaciones inherentes.

Hemos examinado el concepto de calidad centrado en el mundo industrial, sería conveniente repasar las aportaciones de distintos autores sobre el abordaje de la calidad en el campo sanitario.

Definiciones de Calidad en el campo sanitario:

Hay múltiples definiciones de lo se entiende por calidad de los servicios de salud. Todas responden a diversas interpretaciones sobre qué significa atender las necesidades de atención sanitaria de la población a la que se ofrecen los servicios cuya calidad queremos definir.

A continuación podremos ver las aportaciones más relevantes en el campo de la salud:

El **Instituto de Medicina de EEUU 1972** la define como *"asistencia médica de calidad es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ello"*

Donabedian dice que la atención sanitaria tiene mayor o menor calidad en la medida que sus atributos se aproximen a los del prototipo. También la define como *" el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se*

relacionan con todas las partes del proceso de atención". Para su análisis Donabedian propone tres puntos de vista diferentes según quién la define:

- **Calidad absoluta:** Es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente, teniendo en cuenta el componente científico-técnico. Este concepto se basa en el concepto de salud-enfermedad, en el estado de la ciencia y la tecnología. Por lo tanto, también es llamada calidad científica, técnica o profesional.
- **Calidad individualizada:** Desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención sanitaria, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costes y los beneficios y los riesgos que comportan la asistencia. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario, es decir, exige que sea el paciente quien decida sobre su proceso, el profesional informará y el paciente y/o familia decidirá.
- **Calidad social:** Desde esta perspectiva habría que valorar el beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad.(Eficiencia. Distribución del beneficio a toda la población.)

Según la **OMS**, *"la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".*

A principios de los noventa el **Instituto de Medicina de EEUU (IOM)** lanzó una segunda definición de calidad: *"el grado en que los servicios de salud, para los individuos y las poblaciones, incrementa la probabilidad de los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual".*

Revisando la variedad de definiciones existentes, se hace evidente una primera conclusión: no es posible elegir una y darla por universalmente válida, porque este tipo de definiciones no existe. Hay que tomar aquella definición que más se adecue a las circunstancias del entorno donde va a ser aplicada.

El modelo de sistema sanitario en España es el Sistema Nacional de Salud, en este contexto la definición más adaptada y utilizada es la de la **Doctora Palmer**, la cual define la calidad como *"la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario".*

Pensamos que, con la revisión efectuada sobre las distintas conceptualizaciones de la calidad, el lector posee una visión amplia del término y podrá contribuir, sin duda, al desarrollo del concepto en la institución sanitaria donde preste sus servicios.

MOTIVACIONES PARA EXPLICITAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN:

Existen diferentes motivos que nos implican a los profesionales sanitarios en asegurar y mejorar la calidad de nuestras prestaciones y que vamos a analizar a continuación:

Aspectos éticos:

Aunque los aspectos éticos de la calidad serán abordados con más detalle en el próximo tema, cabe reseñar que todas las profesiones sanitarias se fundamentan en actuar de forma adecuada para satisfacer las necesidades de cada individuo al que atiende. Por lo tanto, es preciso analizar cuánto ha sido, en términos reales, el beneficio alcanzado para cada grupo de individuos asistidos.

Por otra parte, el sucesivo desarrollo y empleo de nuevas tecnologías nos obliga a conocer el riesgo sobreañadido que esto supone a un proceso patológico y al que se ven sometidos los pacientes, solo por el hecho de estar atendidos en un medio hospitalario, donde los procesos diagnósticos, terapéuticos son de gran complejidad. El personal sanitario tiene que valorar dicho riesgo, actuar para MINIMIZARLOS, prevenir errores y/o complicaciones que serán preciso analizar.

Garantizar la atención oportuna, en tiempo real y a toda la población que lo precise. También se fundamenta en la actitud ética que debe regir la actividad profesional, ofreciendo al usuario la posibilidad de recibir la información que precise, en un lenguaje comprensible para que pueda cooperar en la recuperación óptima de su salud.

Aspectos legales: marco legal de la calidad

El marco legal y normativo de la calidad se fundamenta principalmente en la declaración de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S. 1983), en la Ley General de Sanidad (1986), en el reglamento general de estructura, organización y funcionamiento de Hospitales (1985) y en la Ley de Cohesión y calidad (2003).

La Organización Mundial de la Salud (**OMS**) declara textualmente "Para 1990 la calidad de la asistencia sanitaria ha de ser una materia de evaluación y control integrada en el funcionamiento ordinario del Hospital. Sus órganos directivos y los conocimientos técnicos y promoción han de ser conocidos y utilizados por un amplio número de profesionales como herramienta para la mejora de la asistencia prestada en los servicios. Deberán al menos existir experiencias concretas en el campo de la enfermería y de la atención primaria, capaces de generar programas de carácter generalizado".

La propia O.M.S. en el libro "Metas de salud para todos en el año 2000" señala en la Meta 31 "Todos los estados miembros tienen que haber estructurado

para 1990 mecanismos que garanticen efectivamente la calidad de la atención al paciente en su propio sistemas de salud".

La **Ley General de 14/1986 del 25 de abril**, recoge entre sus artículos las siguientes referencias relacionadas con la calidad de la asistencia:

- TITULO I, CAPITULO II. ART. 18: "La administraciones públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán mecanismos de control y mejora de la asistencia sanitaria en todos sus niveles"
- TITULO III, CAPITULO I. ART. 46: Una de las características fundamentales del Sistema Nacional de Salud es: "La prestación de una atención integral de salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados".
- TITULO III, CAPITULO III. ART. 69: "La evaluación de la calidad de la asistencia prestada deberá ser un proceso continuado que informará todas las actividades del personal de salud y de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud". "La administración sanitaria establecerá sistemas de evaluación de calidad oídas las sociedades científicas sanitarias. Los profesionales titulados del centro deberán participar en los órganos encargados de la evaluación de la calidad asistencial del mismo". "Todos los hospitales deberán posibilitar o facilitar a las unidades de control de calidad externo el cumplimiento de sus cometidos. Asimismo, establecerán los mecanismos adecuados para ofrecer un alto nivel de calidad asistencial".

En relación al reglamento general de estructura, organización y funcionamiento hospitalario, cabe destacar:

- La junta facultativa y la junta de enfermería tienen como principal misión la de velar por la calidad de la asistencia para lo cual elaborarán un programa completo de evaluación de calidad asistencial de acuerdo a los siguientes criterios:
 - El programa de evaluación de la calidad asistencial será desarrollado a partir de un plan escrito que señale sus objetivos, medios y procedimientos.
 - El programa cubrirá todas la áreas asistenciales.
 - Para la evaluación de los cuidados al paciente serán utilizados criterios clínicos contrastados científicamente.
 - Se asegurará una comunicación correcta entre los servicios y unidades y un seguimiento adecuado de los problemas.
 - El programa supervisará asimismo, la efectividad de los mecanismos de auditoría interna de cada servicio o unidad asistencial.
 - La estructura y efectividad del programa será revisada anualmente.

Por último, en relación con la **Ley de Cohesión y Calidad** cabe destacar que: aunque el objetivo de la calidad del Sistema Nacional de Salud preside buena parte del articulado de la Ley de Cohesión y calidad, se le dedica

específicamente el capítulo VI, en el que se establece que el principio de la mejora de la calidad del sistema sanitario en su conjunto debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias públicas y privadas. Y se concretan los elementos que configuran la que se denomina infraestructura de calidad y seguridad, indicadores, guías de prácticas clínicas y registros de buenas prácticas clínicas y de acontecimientos adversos.

Dentro de la Administración General del Estado, se encomienda a la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, la elaboración de los elementos de infraestructura de calidad, estos elementos estarán a disposición de los centros tanto públicos como privados, con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de los servicios que prestan a los pacientes.

En este capítulo se prevé también la elaboración periódica de planes de calidad del Sistema Nacional de Salud, de cuyo cumplimiento tendrá que dar cuenta. Asimismo se fomenta la auditoria externa periódica de los centros y servicios sanitarios, en garantía de su seguridad y de la calidad de dichos servicios.

Finalmente, el Observatorio del SNS, proporcionará un análisis permanente del Sistema, mediante estudios comparados de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en el ámbito de la organización, de la provisión de servicios, de la gestión sanitaria y de los resultados.

Eficiencia:

Finalmente, el entorno de limitaciones presupuestarias imperantes en todo el mundo, obliga a una reflexión sobre la necesidad de garantizar el empleo adecuado de esos recursos disponibles. En el caso de España, son mayoritariamente públicos para una cobertura universal y se deben ofrecer dentro de un enfoque equitativo en su distribución.

Por tanto, al hablar de eficiencia en el empleo de los recursos, nos referimos a poder ofrecer la mayor cantidad posible de servicios de alta calidad, al menor coste posible.

Los servicios inadecuadamente prestados, por innecesarios o por sobreutilización, además de ser una actuación injustificada e insolidaria para con el resto de la población, son ineficaces y contribuyen a aumentar el riesgo en los pacientes.

ASPECTOS ERRÓNEOS SOBRE LA CALIDAD

Una vez definido el término sería conveniente citar algunos aspectos erróneos que sobre la calidad existen:

- Creer que un producto de calidad es un producto de lujo.

Un servicio de calidad es aquel que cumple las especificaciones de diseño y satisface las necesidades de los clientes

- La calidad es intangible y, por tanto, no se puede medir.
- Todos los problemas son originados por los trabajadores.
- La calidad se origina en el Departamento de calidad.

Todos en los distintos puestos de una empresa intervenimos en la elaboración del servicio y por tanto en la calidad del mismo

Existen también criterios erróneos propios del campo sanitario. Entre ellos podemos destacar:

- "La calidad es un término absoluto". La calidad está relacionada con los costes y con las expectativas del usuario.
- "La calidad esta ligada a los medios". La calidad esta ligada a la aptitud y actitud de quienes deben propiciarlas. Mejorar la calidad no es sólo cuestión de nuevos equipos etc, lo importante son las **personas**
- "La calidad y la cantidad son términos contrapuestos". La calidad propicia mayores cotas de productividad.
- "la calidad de la asistencia depende del personal sanitario". La calidad en una organización depende de todos.
- "La responsabilidad de la calidad corresponde a los profesionales sanitarios". La responsabilidad es imputable a la dirección y a la línea jerárquica, que deben:

- Definirla.
- Promoverla.
- Promocionarla.
- Gestionarla.

TENDENCIAS ACTUALES

Últimamente hemos asistido a un cambio en la concepción de las empresas, a una transformación del modelo Tayloriano en un tipo de empresa que actúa de diferente forma en casi todos los campos de su actividad, obteniendo mejores resultados.

En este nuevo modelo, la calidad no juega el papel de control de calidad Tayloriano sino que se define como calidad total, siendo un elemento fundamental en el nuevo estilo de gestión de las empresas.

La calidad total se podría conceptualizar como un conjunto de principios y métodos en una estrategia global, para conseguir la dinamización de la organización y la satisfacción del cliente.

Sus principios están basados en una filosofía humanista, donde el hombre como ser integral tiene un valor preponderante. Todos los expertos en estructuras organizativas empresariales coinciden al asegurar que las empresas con éxito en el futuro serán aquellas que más valores humanos hayan incorporado en su seno, unido con el reconocimiento de las experiencias, habilidades y conocimientos de sus profesionales.

Con riesgo de simplificar excesivamente la visión del modelo, citaremos los aspectos más relevantes que lo identifican:

- La participación de todos los profesionales en el proceso de mejora continuada, como responsables de la definición de normas, protocolos, etc. que deciden el nivel de calidad y cómo se mide. Los profesionales se tienen que sentir parte de la empresa, de sus objetivos y resultados.

- La implicación de la dirección en la planificación, organización y asignación de recursos para la calidad, tomando el papel de verdaderos motores del cambio cultural de su organización.
- Una cultura basada en considerar al cliente-paciente como centro de nuestra actividad. Una forma de hacer en positivo, exenta de mecanismos de control punitivos, enfocada a la superación de metas, tanto profesionales como personales, y orientada hacia la seguridad de todas las actuaciones y de la calidad de vida de los profesionales.
- El concepto cliente, desarrollado en su doble versión de cliente internos y externos.
- La prevención como un fin, el lema debe ser hacerlo bien a la primera. Empezando por el reconocimiento del error, rompiendo la permanente situación de negación de las equivocaciones y la detección de problemas como método de mejora.
- El costo de la no calidad. El planteamiento de que la calidad va ligada al binomio coste-eficacia, que los errores suponen costes adicionales.

En definitiva la calidad total es un paso más en el desarrollo de la calidad. Creemos que la Tabla II clarifica las principales diferencias conceptuales entre la Tendencia Actual (Calidad Total) y el Control o Garantía de la Calidad.

CALIDAD TOTAL	CONTROL/GARANTÍA DE CALIDAD
Compromiso indelegable de la dirección.	Puede ser delegado.
PREVENIR: Hacer las cosas bien a la primera y resolver problemas actuando incluso "donde no hay problemas".	La idea es eliminar problemas con la mentalidad de detectar y corregir.
Además de la satisfacción del cliente, su objetivo básico es mejorar competitividad y optimizar el gasto.	Aspecto no contemplado.
No requiere hacer más de lo necesario, tiende a desburocratizar la gestión.	Introduce controles y requisitos que tienden a la burocratización.
Permite libertad de actuación y adaptación para cada cultura empresarial.	Impone una metodología.
Trabajo en equipo. Compromiso común. Las herramientas son un comité director de calidad. Grupos de mejora y círculos de calidad.	La responsabilidad es individual y de unos pocos. (Los técnicos responsables)
Importancia del cliente interno (del profesional) además del externo.	Aspecto no contemplado.
Tendencia al autocontrol y autoauditoría.	Control por parte de otros.
Emplea técnicas creativas para la resolución de problemas (Brainstorming, grupo nominal, Delphi, etc.)	Serán aplicables pero no están consideradas.
La comunicación es clave.	Aspecto no considerado.
El factor humano es el elemento básico.	Contempla el elemento motivación.
Introduce la cultura de aportar iniciativas de mejoras a cualquier nivel de la organización.	Aspecto no considerado.
Participación de todos.	Sólo participan los que intervienen directamente en la acción
Busca la satisfacción de los pacientes/ clientes y de los profesionales.	Aspecto no considerado.
Se basa en la confianza hacia las personas.	Mantiene la desconfianza.
La mentalidad es eliminar el miedo, anulando la búsqueda de culpables.	Aspecto no considerado.
El reconocimiento por parte de la dirección es fundamental.	Aspecto no considerado.

Tabla II Cuadro comparativo de tendencias actuales en relación al Control/Garantía de Calidad.

Enlaces de interés:

Servicio Andaluz de Salud, a través de este enlace puedes acceder al II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público Andalucía, 2005-2008:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos.asp?pagina=institucional_PDC&url_e x=1

Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de este enlace puedes consultar el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud Abril 2007:

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/planCalidad2007.pdf>

Sociedad Española de Calidad Asistencial: <http://www.calidadasistencial.es/>

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuesta, A; Moreno, JA; Gutiérrez, R. Control de calidad de la asistencia hospitalaria. Conceptos generales. En: La calidad de la asistencia hospitalaria. Barcelona. Doyma. 1986; 1-17.
2. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Méjico: La Prensa Mexicana, 1984.
3. Donabedian, A. Responsabilidades institucionales en la garantía de calidad. Centro de documentación sanitaria. Informativo de control de calidad. 1990; 6: 15?26.
4. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfacion: Important general considerations. BMJ 1992; 302: 887-8.
5. Fotuna, RM. El imperativo de la calidad. En: Ernest, C. Calidad total: Una guía para directivos de los años 90. Madrid: Fero S.A, 1990; 1-95.
6. Hoffman, F.M. Gestión económica en direcciones de enfermería. Barcelona: Doyma, 1989.
7. Hoyle, D. Iso 9000 Manual de sistemas de calidad. Madrid: Paraninfo, 1994; 21-34.
8. Hugh, K. Gestión total de la calidad en la sanidad. Barcelona: S.G. Fundación Avedis Donabedian, 1994; 17-29.
9. Humet, C. Calidad, ética y coste. Calidad asistencial 1994; 1: 6-7.
10. Ignacio E, Córdoba JA, Serrano A, Figueroa E, Moreno J, Arriaga E, Ignacio JM, Gallego C, Mompó E, Rodríguez-Cornejo MJ. La Calidad aplicada al campo de la Enfermería. Cádiz: Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería,1997.
11. Irwin, P, Fordham, J. Evaluating the Quality of care. USA: Churchill Livingstone, 1995; 9-19.
12. Juran, JM. Juran y la planificación para la calidad. Madrid: Díaz de Santos, Madrid. 1990; 1-13.
13. Kahn, J. Gestión de calidad de los centros sanitarios. Barcelona: Editorial S.G. 1990; 42-45.
14. Ley general de sanidad. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo. Secretaría general técnica, 1991.
15. Millares, JL, Ruiz, J. La paradoja de "cliente" en los servicios sanitarios. Med Clin (Barc) 1995; 105: 418-419.

16. Palmer, RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989; 17-20.
17. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo
18. Rosander, AC. La búsqueda de la calidad en los servicios. Madrid: Díaz de Santos, 1992.
19. Saturno PJ, Quintana O, Varo J et al. Tratado de Calidad asistencial en atención primaria. Madrid: Dupont Pharma, 1997.
20. Saturno, PJ. La definición de la calidad de la atención. En: Marquet, R. Garantía de calidad en atención primaria de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1993; 7-31.
21. Temes, JL. Los profesionales sanitarios, presente y futuro. Todo hospital 1989; 56: 18-21.
22. Udaondo, M. Gestión de calidad. Madrid: Díaz de Santos, 1992; 1-63.
23. Vanormelingen, K, Pineda, H. et al. La gerencia de calidad en salud. Ecuador: Ministerio de Salud Pública, 1994; 3-29.
24. Varo, J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos, 1993; 3-29.
25. Vuori H. Control de calidad de los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: Masson SG, 1989; 37-61.
26. Vuori, H. Introducción a la calidad. En: Marquet, R. Garantía de calidad en atención primaria de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1993; 1-6.