

# MANUALES DE DIRECCIÓN MÉDICA Y GESTIÓN CLÍNICA

## PRESENTACIÓN

Los ocho libros que componen esta colección, intentan dar respuesta a una necesidad ampliamente sentida en el mundo profesional de la medicina y las ciencias de la salud: contar con una recopilación accesible y pedagógica sobre los principales temas de administración y gestión sanitaria. Esta necesidad proviene de la propia evolución de la medicina y de los sistemas sanitarios: su complejidad, el acelerado cambio científico y tecnológico, los problemas de organización, la dificultad de gestionar y motivar al personal, los dilemas legales y éticos, la implicación en costes, la dimensión poblacional y de salud, su relación con la administración pública y los demás servicios de bienestar...

Inevitablemente necesitamos conjugar medicina, sanidad y gestión, y por ello desde hace diez años se emprendió un camino en el que dos instituciones, la Universidad Nacional de Educación a Distancia y la Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos III. Madrid), pusieron en marcha una oferta docente, Experto Universitario en Gestión de Unidades Clínicas, que en el año 2003 se transformó en el Master en Dirección Médica y Gestión Clínica. Para este proyecto se convocaron a acreditados expertos que desarrollaron un gran esfuerzo de preparación y edición de temas. Este material, adecuadamente revisado y adaptado, es la base sobre la cual se ha construido la colección de manuales que ahora presentamos.

El primer libro, sobre *Sistemas y servicios sanitarios*, aborda el análisis de los sistemas sanitarios y los procesos de cambio y reforma, así como los instrumentos fundamentales de la macrogestión, con particular referencia a la gestión contractual y a las políticas del medicamento e investigación y formación. El segundo libro, *Derecho sanitario y sociedad*, nos introduce en el campo del derecho, de la bioética y de la sociología de la salud, como disciplinas de creciente importancia, tanto para la asistencia sanitaria como para la gestión de los sistemas y servicios de salud. El tercer libro de la colección, lleva por título

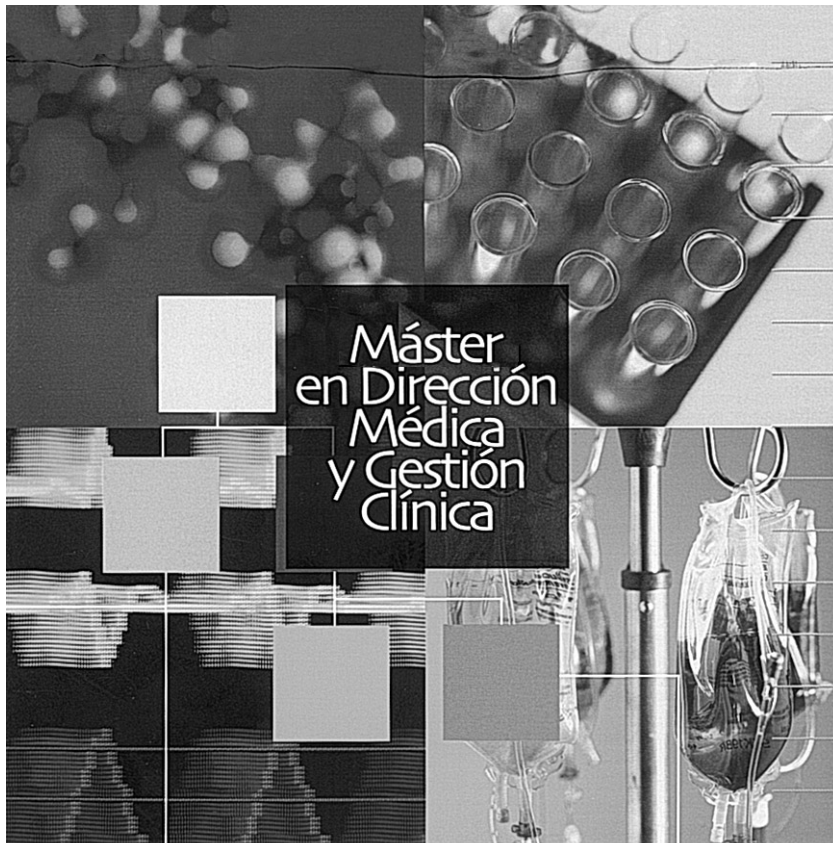
*Salud pública y epidemiología*, y combina el desarrollo de la salud pública y la medicina preventiva con los instrumentos aplicados de la epidemiología clínica, la medicina basada en la evidencia y la documentación científica. El cuarto libro se titula *Economía de la salud. Fundamentos*, y nos introduce en el estudio de los sistemas sanitarios desde la perspectiva de las ciencias económicas, profundizando en algunos temas aplicados (reformas, comportamientos saludables, farmacia, desarrollo...). El quinto libro, que es continuación del anterior, lleva como título *Economía de la salud. Instrumentos*, y en él se desarrollan los temas de evaluación económica de tecnologías e intervenciones sanitarias, así como otros relacionados como contabilidad financiera y analítica, gestión presupuestaria y logística y análisis de inversiones. El libro sexto nos introduce en temas centrales de las ciencias de la empresa, y lleva el título de *Función directiva y recursos humanos en sanidad*, y en él se repasan las competencias de los directivos y la función de gestión del factor humano, desarrollando para el contexto sanitario algunos aspectos clave como son la motivación, la negociación, la comunicación y el liderazgo, introduciendo finalmente temas de síntesis como son el papel de la dirección médica, y los métodos para la evaluación de la competencia clínica. En los libros séptimo, *Gestión clínica: gobierno clínico*, y octavo, *Gestión clínica: desarrollos e instrumentos*, se construye finalmente una estructura conceptual y metodológica de la gestión clínica, como nuevo paradigma de la gestión en la sanidad, que integra un elenco de temas tales como: gobierno clínico, rediseño de la organización clínica, sistemas de información y contratos, la reinención del hospital del futuro, la gestión por procesos, la gestión de unidades y áreas funcionales, la calidad asistencial, los estudios de utilización, la comparación de resultados, el ajuste por severidad y riesgos, la estandarización de la práctica clínica, y la innovación y gestión del conocimiento.

Con independencia de que los ocho libros tengan un esquema de desarrollo de áreas temáticas, cada libro de la colección está diseñado para poder ser utilizado de forma autónoma y autosuficiente, de forma que pueda responder a intereses específicos de los lectores. Los directores de esta colección estamos satisfechos de poder divulgar a través de esta publicación, el excelente trabajo que han desarrollado los más de cincuenta autores de los distintos capítulos, y que estamos convencidos que puede ser muy útil para una gama amplia de lectores. La colaboración de la editorial Díaz de Santos ha sido fundamental para poder llevar a la práctica este proyecto.

Creemos conveniente una reflexión final; esta obra es fruto de un proyecto, que parte de un compromiso con la mejora del sistema

público de salud; la medicina y los sistemas sanitarios, deben integrar un elenco de nuevos conocimientos y habilidades de distintas disciplinas y ciencias, para buscar alternativas a los problemas de racionalidad, organización, gestión y sostenibilidad. Esperamos que esta iniciativa, aunque sea de forma modesta, contribuya a este propósito que hemos compartido editores y autores.

JUAN A. GIMENO  
JOSÉ R. REPULLO  
SANTIAGO RUBIO



**CAPÍTULO 1**

# Calidad asistencial: conceptos, dimensiones y desarrollo operativo

MARI PAZ RODRÍGUEZ PÉREZ

## Preguntas iniciales

- ¿Qué entendemos por calidad de la atención sanitaria?
- ¿Qué atributos y determinantes de la atención sanitaria potencian la calidad de la misma?
- ¿Desde cuando la preocupación por la calidad de la atención sanitaria?
- ¿Podemos objetivar el nivel de calidad que presta un servicio sanitario?
- ¿Cómo determinar los determinantes de la calidad de la atención sanitaria en un servicio?
- ¿Cómo mejorar los niveles de calidad de un servicio?
- ¿Es necesario contar con una estructura organizada para mejorar la calidad?
- ¿Quién es el máximo responsable de la calidad de la atención en el hospital?
- ¿Qué modelo de dirección y mejora continua de la calidad?  
El modelo EFQM, la certificación ISO, la JCAHC
- ¿Hacia la mejora de las estructuras? ¿Hacia el proceso?  
¿Hacia los resultados?
- ¿Dónde situamos al paciente?

## INTRODUCCIÓN

Prestar una buena calidad asistencial consiste en conseguir hacer bien lo que se debe hacer en cada caso, en cada proceso que es atendido, hacerlo con el menor coste posible y de forma que queden satisfechos quienes reciben esa asistencia. Expresado de otro

modo, conseguir una alta calidad asistencial pasa por conseguir la *adecuación* de las prestaciones asistenciales, la *excelencia* de éstas y la *satisfacción* de quienes las reciben.

Definir estos tres conceptos (adecuación, excelencia y satisfacción), así como los métodos para evaluarlos, es una tarea compleja y el objetivo de este capítulo. En el sector que nos ocupa, el de la asistencia sanitaria, determinar la adecuación de las prestaciones a las necesidades de la población y los niveles de excelencia de la práctica clínica requiere la participación de los profesionales que la prestan (profesionales sanitarios), la participación de los profesionales que la planifican (gestores), además de la participación de quienes la reciben (población asistida). Lograr estos tres atributos en la asistencia sanitaria significa conseguir la calidad *científico-técnico* y la calidad *relacional*. Ambos componentes son causas necesarias, pero ninguna de ellas suficientes para hablar de calidad asistencial.

Entenderemos como calidad científico-técnica el tratar de acercar la efectividad de nuestras prestaciones a la eficacia que la ciencia ha demostrado para cada una de las prácticas clínicas y, entre ellas, el emplear las más eficientes. Además de hacerlas accesibles y de prestarlas de forma equitativa y segura. Como calidad relacional debe ser entendida la capacidad del propio sistema para comunicarse con quienes reciben estos servicios, para ser tratados con empatía, tacto, sensibilidad y honestidad.

El primer componente requiere el enfoque hacia los procesos que atendemos, hacia el empleo de prácticas clínicas que la evidencia científica disponible tiene demostrada su eficacia, nuestra experiencia su efectividad y que resulten en nuestro medio las más eficientes.

El segundo componente, la calidad relacional, pasa por el respeto, entre otros, de los principios de ética asistencial, de los valores y preferencias de las personas que sufren los procesos que atendemos.

Partiendo del concepto de calidad asistencial que acabamos de exponer, el objetivo de este capítulo es analizar detenidamente los factores que influyen para poder conseguir cada uno de los determinantes y componentes que hemos mencionado, las técnicas de evaluación disponibles para conocer el nivel que alcanza cada uno de ellos, así como las estrategias para mejorarlos. Por último, presentamos una revisión de los modelos de gestión que ayudan a las organizaciones a conseguir estas mejoras.

## CONCEPTO DE CALIDAD ASISTENCIAL

La Real Academia Española define calidad como la «*propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie*». Entendida así, calidad de la asistencia sanitaria es aquella propiedad o conjunto de propiedades, inherentes a un servicio asistencial, que permiten apreciarlo como igual, mejor o peor que los restantes servicios de su misma especie. Se derivan de esta definición tres características importantes. En primer lugar, la necesidad de entender el concepto de calidad como un *término relativo*, en nuestro caso como una característica en relación con alguno de los múltiples componentes de la asistencia sanitaria. En segundo lugar, que el concepto de calidad lleva implícito el de *comparación* («igual, mejor o peor») y, por último, la necesidad de contar con un estándar, *norma o modelo* con el que compararse.

Similares a este concepto de calidad asistencial están las definiciones más aceptadas por el sector industrial, donde la calidad ha sido entendida como la «aptitud para el uso», la «adecuación a la norma» o bien como la «capacidad para que un producto consiga el objetivo deseado al menor coste posible». En el sector de la atención sanitaria, esta definición plantea, entre otros, los siguientes interrogantes:

- Cuál es el producto final de un servicio sanitario: ¿la curación?, ¿la mejoría?, ¿la satisfacción?
- Quién debe definir el objetivo deseado: ¿los pacientes?, ¿los médicos o profesionales sanitarios?, ¿los directivos?
- ¿Cuál es el menor coste posible?

La respuesta a la primera de estas preguntas parece clara. El *producto* final de un servicio sanitario asistencial es el alta del paciente. Sin embargo, la diversidad de pacientes que atendemos, no sólo desde el punto de vista de su morbilidad sino también desde el punto de vista de los valores y preferencias de cada uno de ellos, hacen difícil cuantificarlos. La heterogeneidad, intangibilidad y dificultad para medir los productos resultantes de la atención sanitaria nos lleva a centrar nuestra atención en la cadena de producción. En ella, podemos distinguir una función de producción primaria o técnica, que da lugar a los productos intermedios (radiologías, analíticas, etc.), y una función secundaria o médica («alta del paciente»), que lleva a un resultado que siempre se busca que sea la mejora en el nivel de salud. Mientras que medir

---

*Cualquier referencia a la calidad de un servicio lleva consigo la evaluación de ese servicio, la comparación con un modelo o estándar y la aceptación de la competencia como estrategia de mejora.*

---



---

*Iniciar un programa de mejora de la calidad en una organización pasa por identificar el/los servicio/s o «producto/s» finales que presta, el objetivo de cada uno de esos servicios con la participación de quienes lo proporcionan y quienes lo financian, así como la posibles estrategias para obtener los mejores resultados con el menor coste posible.*

---

los productos intermedios no entraña dificultad por ser tangibles, con los productos finales se ha intentado hacer por diferentes métodos desde estancias, UBA, UPA, hasta los más completos, y aún en fase de desarrollo e implantación, sistemas de *case-mix*. Pero todos estos sistemas tratan sólo de clasificar a los pacientes en función de la morbilidad por la que han sido atendidos, sin valorar para nada otros aspectos importantes desde el punto de vista personal.

Sobre el *objetivo* que debe conseguir ese servicio al dar el alta del paciente, es decir, el estándar adecuado para ese producto final, variará en función de quién lo defina. Mientras que para el sector industria, con una cartera de clientes bien definida, deben ser estos quienes lo hagan; en el sector salud, y especialmente en el sector público, es necesario llegar a un «consenso» en la definición de ese objetivo entre los gestores, profesionales y usuarios. Sin olvidar que el auténtico cliente es el usuario y es quien finalmente debería definir este objetivo, para hacerlo tendría que conocer parte de los aspectos científico-técnicos que conlleva el proceso de atención, así como la disponibilidad de recursos financieros, por ello delega en los profesionales y gestores estos atributos, quienes a su vez tienen que tener presentes los valores éticos y personales de todos y cada uno de sus pacientes.

Si es difícil definir ese producto, no cabe duda que más dificultad entraña el lograr este consenso del que hablamos. Llegar a él pasa por un cambio cultural y social importante dentro de las organizaciones sanitarias. La situación de limitación de recursos dificulta aún más la definición de calidad asistencial. Lograr los objetivos con *el menor coste posible* es ineludible. Cualquier servicio que busque la calidad debe trabajar siempre bajo la óptica de optimizar *versus* maximizar. No se trata de dar a unos cuantos lo mejor y sí de dar a la mayoría lo óptimo. Ninguna definición por sí sola podría dar respuesta a todas estas cuestiones, sólo un análisis detenido de los componentes de la atención sanitaria, así como de los atributos que cada uno de ellos debe contener podría hacernos llegar a una visión esclarecedora del concepto de calidad de la atención sanitaria.

Componentes, determinantes y atributos  
de la calidad de la atención sanitaria

Como ya se ha mencionado, los profesionales de la sanidad tienden a definir la calidad desde la perspectiva de los cuidados

que ellos prestan al paciente. Esta visión de la calidad enfatiza básicamente el primero de los componentes, la *excelencia científico-técnica*, en la que se proveen los cuidados y, en menor grado, a otro de estos componentes, que es el que se refiere a las características de la *interacción*, o calidad de la relación, entre estos profesionales como proveedores de la asistencia y el paciente que la recibe. Pero es más frecuente que sea el paciente quien haga énfasis en este último componente.

Los determinantes clave de la calidad técnica de los cuidados son básicamente dos, la adecuación de los cuidados que se dan y la habilidad con la que esos cuidados son prestados. Consiste en lo que algunos autores han descrito como el «hacer bien lo que se debe hacer» (*doing the right thing right*) que, a su vez, va a depender de la habilidad, conocimiento, interés, tiempo y recursos disponibles para hacerlo. En definitiva, de una alta calidad en la toma de decisiones de los profesionales sanitarios y en su capacidad e interés para llevarlas a la práctica.

La *calidad de relación* entre profesionales y pacientes depende también de varios elementos: la calidad de su comunicación, la capacidad de ganar su confianza y la habilidad para tratar al paciente con empatía, honestidad, tacto y sensibilidad, así como atender las preferencias y valores de cada paciente. En esta línea debe

---

*Cada uno de los tres componentes que determinan la calidad de un servicio de asistencia sanitaria, el científico-técnico, el interpersonal y los aspectos de organización y distribución de recursos, representan por sí mismos causas necesarias pero no suficientes para prestar un servicio de elevada calidad. Se requiere la presencia de los tres componentes para alcanzar un alto nivel de calidad.*

---

**TABLA 1.1.** *Algunas definiciones sobre calidad de la atención sanitaria.*

- (1980): «Tipo de cuidados que son esperados para mejorar una medida del estado de bienestar del paciente, después que uno ha realizado balance sobre las ganancias y pérdidas esperadas que sucedan tras el proceso de cuidados en todas sus componentes».
- Brook y Lorh (1985): «La diferencia que existe entre la eficacia y la efectividad».
- Instituto de Medicina (1990): «Grado en el cual los servicios de salud para un individuo o una población son capaces de incrementar u obtener los resultados deseados y estos son consistentes con los conocimientos actuales de la ciencia».
- Una visión globalizadora: Grado en el cual los servicios de salud para un individuo o una población son capaces de incrementar u obtener los resultados deseados y estos son consistentes con los conocimientos actuales de la ciencia y los recursos que la sociedad ha decidido destinar para ello.



ser interpretada la definición del Instituto de Medicina Estadounidense (Tabla 1.1) cuando se refiere a los resultados deseados y las expectativas de los pacientes. Esto no es incompatible con el logro de la excelencia científico-técnica.

Un tercer componente incluye el punto de vista de las instituciones u organizaciones proveedoras de cuidados. Perspectiva que habitualmente enfatiza el directivo de los servicios públicos o compañías privadas y que necesariamente debe ser incluida en la definición. Esto conlleva la preocupación por el componente económico-organizativo de los servicios sanitarios, que deben procurar, en una situación de limitación de recursos, la accesibilidad de los usuarios a dichos servicios, la capacidad de respuesta y optimizar su utilización. Ninguna aproximación será válida si no incluye los tres componentes que acabamos de describir.

Un abordaje más pormenorizado de estos tres grandes determinantes conllevaría profundizar en los atributos de cada uno de ellos. De una forma esquemática, y agrupados de acuerdo con esos determinantes se presentan en la Tabla 1.2. Así, los atributos básicos de la excelencia en la atención sanitaria se centrarán en prestar una atención:

- Segura: evitar los errores en los pacientes («*Primum non nocere*»).
- Efectiva: prestar asistencia basada en la mejor evidencia científica, evitando el sobreuso o el infrauso de los recursos.
- Centrada en el paciente: proveer los cuidados respetando los valores y creencias de los pacientes, bien informados y que deben ser quienes finalmente guíen las decisiones clínicas.
- En el momento adecuado: evitar los retrasos innecesarios
- Eficiente: evitar gastos innecesarios

**TABLA 1.2.** Componentes y atributos de la calidad asistencial

| Componentes                | Atributos  |
|----------------------------|--|
| ▪ Científico-técnico       | ▪ Eficacia    ▪ Accesibilidad    ▪ Agilidad    ▪ Confort |
| ▪ Interpersonal/relacional | ▪ Efectividad    ▪ Continuidad    ▪ Trato                |
| ▪ Organizativo/económico   | ▪ Equidad    ▪ Seguridad    ▪ Información                |

- Equitativa: proveer los mismos cuidados para las mismas necesidades, sin distinción social o de ubicación del paciente.

## APROXIMACIÓN HISTÓRICA

La evaluación sistemática de la calidad de la atención no es algo nuevo. La preocupación por atender a los pacientes con la mayor calidad posible es antigua y consustancial a la práctica clínica. Ya 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. También hacia el 2000 a.C., en Egipto, se encuentran algunos de los primeros estándares referidos a la práctica médica. En las culturas orientales, como la de China, encontramos documentos que datan del año 1000 a.C. donde se presenta, exhaustivamente desarrollado, el estado del arte de la medicina en aquella época y se regulan las competencias de los profesionales. El tratado de Hipócrates de Cos, 500 años a.C., recoge las primeras bases éticas y legales de obligado cumplimiento para los médicos, que aún hoy siguen vigentes. Más cercanos en el tiempo y a nuestro medio no deben ser olvidados ni el tratado de Galeno (en el año 200), que no es sino un gran trabajo donde se estandariza el conocimiento médico de la época, ni los trabajos que ya en 1600 publicó Vesalio en el campo de la anatomía humana.

---

*La preocupación por atender a los pacientes con la mayor calidad posible es antigua y consustancial a la práctica clínica.*

---

Los trabajos mencionados más arriba estaban básicamente 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 y, entre ellos, cabe mencionar el *Tratado sobre Política Aritmética* que en el siglo XVII escribía sir W. Petty, uno de los padres de la epidemiología moderna. En éste se comparan los hospitales de la ciudad de Londres con los de París, y llega a afirmaciones tales como que «los hospitales de Londres son... mejores que los de París, pues en los mejores hospitales de París fallecen dos de cada quince pacientes, mientras que en los peores hospitales de Londres fallecen dos de cada dieciséis...». No podemos dejar de mencionar los trabajos de sir W. Fahr y F. Nightingale a finales del siglo XIX sobre la mortalidad hospitalaria. Esta última fue una enfermera inglesa que, en 1855, analizando la mortalidad de los soldados procedentes de la Guerra de Crimea, y que fallecían tras amputárseles una pierna, observó que los que habían sido intervenidos en los grandes hospitales tenían mayor probabilidad de

morir que los que habían sido operados en los hospitales pequeños a causa de la infección intrahospitalaria, más frecuente en los grandes centros.

## Desarrollo cronológico

*En el desarrollo e implantación de los programas de mejora de la calidad asistencial hay que destacar tanto profesionales, especialmente epidemiólogos y cirujanos, como sociedades científicas y diferentes normativas o acciones gubernamentales.*

El siglo xx se inicia con la evaluación sistemática de la calidad de la atención sanitaria y abre el periodo en el que diferentes modelos y estrategias en los programas de evaluación de la atención sanitaria conviven y van sucediéndose a lo largo de tiempo. A continuación se presentan algunos hechos y fechas claves en la evaluación de la calidad asistencial:

- **1912.** La deficiente situación que presentaban los hospitales en los Estados Unidos a principios de siglo (falta de servicios centrales, mala organización, etc.) llevó a la recién surgida asociación de cirujanos, American College of Surgeons (ACS), a retomar la iniciativa de Codman, cirujano del Massachusetts General Hospital, que perdió su puesto de trabajo por intentar que en la atención de todos los pacientes se exigiera el cumplimiento de una serie de estándares mínimos. Esta serie de estándares mínimos asumidos por la ACS consistían en cinco reglas que dieron lugar al llamado «Programa de estandarización de los hospitales». Estos incluían los requisitos considerados como mínimos para prestar una asistencia de calidad y se concretaban en: cualificación del personal, calidad de la documentación clínica, uso de la documentación clínica, tratamiento que recibía el enfermo, revisión de la asistencia por colegas (*peer review*). El proceso así establecido duró en el tiempo lo que duró su lenta implantación. La complejidad que fue tomando lo hizo demasiado costoso como para ser sostenido únicamente por el American College of Surgeons.
- **1951.** El American College of Surgeons crea una plataforma organizativa junto con el American College of Physicians, la American Hospital Association, la American Medical Association y la Canadá Medical Association, constituyendo la conocida y cada vez más activa Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH). Años más tarde, la Canadian Medical Association se separa para crear, junto con otras asociaciones canadienses, el Canadá Council on Hospital Accreditation, difundiendo la acreditación de hospitales en Canadá.

- 1966. Un hito en la historia del control de calidad surge con Avedis Donabedian, quien, como ya hemos mencionado, formuló la ya conocida estrategia sobre la evaluación de la calidad asistencial basada en la estructura, el proceso y los resultados.
- 1972. Surge en Estados Unidos la Professional Standards Review Organization (PSRO) con el objetivo de revisar la calidad de la asistencia que prestaban los hospitales concertados con los programas Medicare y Medicaid.
- 1973. J. Wennberg inicia sus primeros trabajos sobre las variaciones de la práctica clínica entre diferentes áreas geográficas de Estados Unidos.
- 1974. Aparece la Australian Council on Hospital Standards como una asociación de carácter gubernamental con el fin de realizar la acreditación de sus hospitales. Hoy es responsable de la publicación internacional *Australian Quality Review (AQR)*.
- 1978. J. Williamson publica *Assessing and Improving Health Care Outcomes: The Health Accounting Approach to Quality Assurance*, un importante trabajo sobre la evaluación y mejora de los resultados de los servicios sanitarios.
- 1979. Se crea en Holanda la CBO, organización para la asesoría de hospitales en temas de calidad y educación. Con fines no lucrativos, y aunque de ámbito preferentemente nacional, tiene también difusión internacional, como lo refleja el que se encargue de publicar la *European Newsletter on Quality Assurance*.
- 1980. Objetivo 31 de «Salud para todos en el año 2000» para la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud: «De aquí a 1990, todos los Estados miembros deberán haber creado unas comisiones eficaces que aseguren la calidad de las atenciones a los enfermos en el marco de sus sistemas de prestaciones sanitarias». «Se podrá atender este objetivo si se establecen métodos de vigilancia, continua y sistemática, para determinar la calidad de los cuidados prestados a los enfermos, convirtiendo las actividades de evaluación y control en una preocupación constante de las actividades habituales de los profesionales sanitarios, y finalmente, impartiendo a todo el personal sanitario una formación que asegure y amplíe sus conocimientos». Al enunciar este problema y plantear las posibles soluciones, la OMS hace énfasis en que la eva-

luación de la calidad de los cuidados no debe únicamente limitarse al nivel de desarrollo técnico o de experiencia, sino que se trata de una responsabilidad que incumbe a todo los trabajadores: investigadores, profesionales de la sanidad, autoridades y beneficiarios.

- 1988. P. Ellwood propone el desarrollo de un programa nacional para Estados Unidos basado en orientar los resultados de la asistencia sanitaria (*outcomes management*) hacia el diseño de estándares y guías de práctica clínica.
- 1989. D. Berwick propugna el *Continuous Quality Improvement* (CQI) como un modelo de mejora de la asistencia sanitaria, extrapolado del modelo industrial, válido para los servicios sanitarios.
- 1990. La Joint Commission impulsa, con la llamada agenda para el cambio, la incorporación de los modelos de CQI y la necesidad de orientar los programas de evaluación hacia la evaluación de resultados y a implicar a todos los profesionales en los proyectos de mejora.

### **Evolución hacia diferentes modelos en las organizaciones sanitarias**

En el apartado anterior hemos tratado de constatar cómo los programas de mejora y evaluación de la calidad han estado presentes a lo largo de la historia. En este apartado, trataremos de analizar las diferentes orientaciones de dichos programas a lo largo del siglo XX.

---

*Los modelos de gestión de calidad en las instituciones sanitarias han evolucionado en tres grandes etapas: la individual, la burocrática, cercana a la época del control estadístico de la industria; y los modelos de mejora continua, similares a la época industrial de la gestión total de la calidad.*

---

Hasta mediados del siglo XX, como hemos podido observar, una gran parte de las acciones de evaluación surgían de la iniciativa particular de los profesionales de la medicina, epidemiólogos o asociaciones científicas. Es esta etapa la que se corresponde con el modelo que H. Palmer denomina como *profesional* y que se caracterizó básicamente por centrarse en la evaluación de las estructuras de los servicios y algo en resultados, por apenas disponer de criterios explícitos y donde el médico era considerado como «médico» y el paciente como «paciente» en el sentido más clásico de estos términos (Tabla 1.3). Es también en los últimos años del siglo XIX y los primeros del XX cuando se inicia el periodo del llamado control activo de la calidad de los servicios sanitarios. Es cuando el sector

industrial, tras la Revolución Industrial, inicia el paso del control pasivo al control activo de la calidad de sus productos, del control del consumidor al control realizado por el productor. Hasta esas fechas, los consumidores, cuando adquirirían un producto que resultaba ser deficiente en alguna de sus características, exigían ser compensados por ello. Se hacía así un control pasivo de la calidad de dichos productos. Gradualmente, la industria fue asumiendo esta función de comprobar la calidad, tanto de la materia prima como del proceso de producción y del producto final antes de que este fuera lanzado al mercado. Los productores se habían dado cuenta de que, cuanto más irreversible y costoso era el proceso de producción, más empeño había que poner no en examinar la calidad de los productos, sino en construirlos con ella. En el sector Servicios, y en especial en los servicios sanitarios, donde los errores son irreparables, esta iniciativa surge desde los profesionales de la medicina. Son los modelos básicamente de evaluación (*assessment*) los que predominan.

Hacia los años 60-70, la evaluación de la asistencia sanitaria comienza a ser no sólo importante para los profesionales sino que comienzan a interesarse los gobiernos y financiadores. De esta forma se inicia el periodo *burocrático*, en el que las decisiones de los profesionales empiezan a estar marcadas por las reglas de la organización. Durante estos años, comienza a producirse un cambio desde el análisis individual de patrones de cuidados hacia el análisis estadístico de los procesos. Si en un principio se caracteriza este periodo por ciertos matices de inspección, la transición de la inspección al análisis estadístico se produce en pocos años. Pero la

**TABLA 1.3.** *Diferentes modelos de los programas de evaluación y mejora de la calidad asistencial.*

| MODELO                 | Profesional           | Burocrático  | Industrial   |
|------------------------|-----------------------|--|--|
| <b>TIPO DE DATOS</b>   | Estructura resultados | Proceso estructura                                       | Proceso, estructura resultados   |
| <b>TIPO DE MEDIDAS</b> | Criterios implícitos  | Criterios explícitos:<br>sucesos centinela<br>y técnicos | Criterios explícitos:<br>indicadores ajustados<br>a severidad, calidad de vida |
| <b>CONCEPTO</b>        | Médico                | Vendedor/proveedor                                       | Asociado   |
| <b>Médico paciente</b> | Paciente              | Beneficiario   | Cliente  |

transición desde la aproximación burocrática de los cuidados tuvo un escaso impacto, especialmente en los profesionales de la medicina. Una estrecha definición de la calidad de los cuidados, que sólo pretendía buscar la conformidad con unos estándares y el énfasis en la información clínica, dejando en parte de lado a los profesionales de la atención sanitaria, era demasiado limitada e incapaz de mejorar la misma. La búsqueda de un equilibrio entre esa evaluación de la práctica clínica y la necesidad de considerar los servicios de salud, especialmente hospitales, como organizaciones complejas que necesitaban rediseñar sus procesos implicando a todos los que en ellos participaban, se imponía.

El modelo profesional había sido el primero en existir y había tenido una buena acogida por parte de los médicos. Los estándares profesionales eran revisados por pares y los mecanismos de control de la calidad eran responsabilidad de cada profesional. Hacia los años 70, el rápido desarrollo tecnológico de los servicios sanitarios y la variedad de complejas técnicas que iban emergiendo (UVI, etc.), el trabajo en equipo y la aparición de otros profesionales no médicos en los servicios sanitarios (terapeutas, técnicos, etc.) hizo que la comunicación y la coordinación entre todos estos profesionales fueran motivos suficientes para la aparición del modelo burocrático, totalmente opuesto al profesionalizado. Contradicciones de este modelo organizacional son los requerimientos, por un lado, de solicitar que las organizaciones realicen su auditoría interna y, por otro, la obligatoriedad de revisión externa sobre la utilización de recursos que hace el desarrollo de la Professional Standards Review Organization (PSRO) para los programas Medicare y Medicaid. Estas dos estrategias de auditoría externa e interna son causas del entonces, y todavía actual, rechazo y escepticismo de los médicos sobre los programas de mejora de calidad. Esta etapa burocrática deriva en los conocidos modelos de *Quality Assurance* (Tabla 1.4).

A mediados de los años 80, en Estados Unidos comienza a introducirse el modelo *industrial* en los servicios de salud. Aquí el paciente pasa de ser un beneficiario a ser un cliente. Las actividades de garantía de calidad son absorbidas por una estrategia de mejora continua de la calidad, donde la calidad debe de ser también una preocupación de los líderes, de los directivos de la organización, y estar enfocada siempre a la búsqueda de las perspectivas de los clientes o consumidores. Hacer confluir los intereses del médico, de la organización y del paciente puede ser «política y económicamente irresistible y éticamente gratificante». Es esta

**TABLA 1.4.** *Algunas características de los modelos de Quality Assurance y del Continuous Quality Improvement.*

| Características | QA (Quality assurance)      | CQI (Continuous improvement) |
|-----------------|-----------------------------|------------------------------|
| Punto de vista  | Reactivo                    | Proactivo                    |
| Objetivo        | Conseguir la norma          | Atender necesidades cliente  |
| Medición        | Esporádica                  | Continuas                    |
| Dirección       | Centralizada (coordinación) | Descentralizada (gestión)    |
| Acción          | Recomienda                  | Implanta                     |

la línea propuesta por el conocido modelo del que hablaremos más adelante, Mejora Continua o *Continuous Quality Improvement* (CQI).

## HERRAMIENTAS Y MÉTODOS DE EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA

### Aspectos a evaluar sobre la calidad asistencial

Una vez analizados los componentes y evolución de la calidad asistencial, se deduce que conocer el nivel de calidad de la atención que presta un centro hospitalario pasa por valorar tres grandes aspectos o determinantes de la misma: la adecuación, y especialmente la pertinencia de dicha atención; la excelencia de la misma y la satisfacción de la persona o paciente que recibe esa atención. Desarrollar medidas e indicadores que permitan conocer con fiabilidad el nivel que cada centro alcanza para cada uno de estos determinantes es todavía un reto en el campo de la atención hospitalaria.

Por lo que se refiere al primero de estos determinantes, el *grado de adecuación* de los diferentes procedimientos que se aplican a los pacientes, existe un gran número de estudios que muestran la variabilidad intercentros en la aplicación de los mismos. Recientemente en nuestro país comienzan a aparecer los primeros estudios sobre la diversidad de la práctica clínica, como se muestra en el Capítulo 4. Así, encontramos datos como que la tasa de mujeres sometidas a cesáreas en nuestro país varía entre 9,9 y 14,7 por cada 100 nacidos

---

*Conocer el nivel de calidad de la atención que presta un centro sanitario pasa por valorar tres grandes aspectos: la adecuación de los servicios que presta y la satisfacción de quienes los prestan y de quienes los reciben.*

---



entre las diferentes comunidades autónomas, con importantes diferencias según la financiación de los servicios sanitarios sea pública o privada. Si bien en estas diferencias de uso pueden estar pesando las diferencias en la disponibilidad de recursos y el modelo de financiación de los servicios sanitarios, no parecen razones suficientes para explicar dichas variaciones, que siguen manteniéndose entre hospitales de un mismo país o zona con igual sistema de financiación y similares recursos.

En segundo lugar, cuando un procedimiento se ha demostrado que es eficaz, es decir, que resulta útil para resolver un problema de salud y bajo condiciones ideales de actuación, el siguiente paso es hacer que sea efectivo. Utilizarlo de forma efectiva es hacerlo útil en condiciones reales de actuación. Buscar la efectividad lleva a lograr la excelencia de nuestro trabajo. Entendida así, promover la calidad hospitalaria es promover la efectividad y, siendo ambiciosos, es promover la eficiencia, pues en la demanda ilimitada de necesidades en la que se mueve el sector sanitario, especialmente el sector público, es obligado elegir la alternativa menos costosa de todas las efectivas.

---

*Hacia los años 80, Avedis Donabedian formuló claramente que la estrategia para evaluar la calidad de un servicio asistencial requiere evaluar la estructura (recurso), los procesos y los resultados de la misma.*

---

Por último, en lo que se refiere al tercer determinante, buscar la satisfacción del paciente con la atención recibida, dándole de forma comprensible toda la información sobre su proceso para que éste pueda participar activamente en la toma de decisiones y para mantener el comportamiento ético, que exige la perfecta relación de agencia que caracteriza la relación médico-paciente y que asegura que el primero actúa sólo en interés del segundo, es una de las obligaciones más importantes de quienes trabajamos en este sector.

## Métodos de evaluación

Las técnicas y herramientas necesarias para llevar a cabo estos tres procesos tienen un amplio uso en la industria. Sin embargo, en la gestión de la calidad de la atención sanitaria prácticamente las únicas desarrolladas han sido las de evaluación y control de la calidad, con todos los problemas que esto puede conllevar. En este terreno, y antes de que lo hiciera Donabedian (1966), aunque de modo más incompleto, ya fueron formuladas por Makover (1951) y Sheps (1955) estrategias para evaluar la calidad asistencial y continuaron apareciendo años después (Dror, 1968; Geyndt, 1970; Williamson, 1971 y Doll, 1974) variantes sobre el mismo tema. Pues como refleja

Donabedian en un estudio comparativo que hizo de todas ellas en 1980, todas se basaban en la que él había desarrollado de:

- Análisis de la *estructura*, lo que lleva consigo realizar un estudio adecuado de los medios que pueden ser:
  - humanos.
  - materiales.
  - financiación.
- Análisis del proceso o valoración de los métodos empleados.
- Análisis de los resultados como un estudio del producto obtenido.

Aunque parece lógico pensar que si el análisis de la estructura y del proceso son buenos también lo será el del resultado, esto no siempre es así. Lo que sí hay que tener en cuenta es que si uno de los dos, la estructura o el proceso, falla, el análisis del resultado con gran probabilidad arrojará resultados negativos.

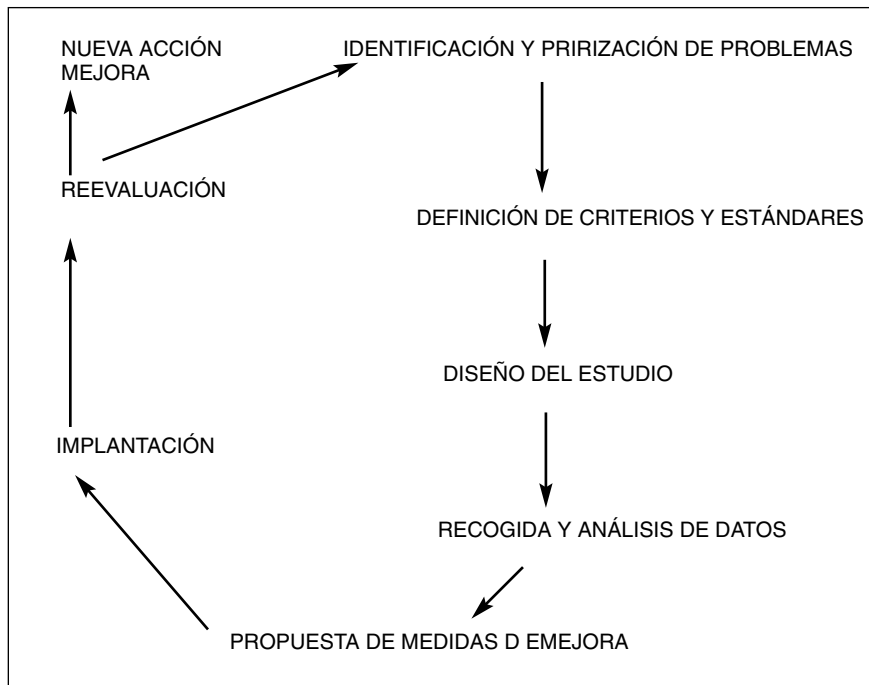
Tanto en la fase de planificación como de control o de mejora de la calidad, es necesario partir de un conocimiento exhaustivo de la realidad. Este «conocimiento» debe permitirnos, en lo posible, llegar a cuantificar la misma. Para ello, el primer paso será decidir qué es lo que queremos medir (criterios), qué herramienta o tipo de indicador y escala de medición utilizaremos y qué valores consideraremos como aceptables (estándares). En segundo lugar, buscaremos aquellas fuentes de datos que consideramos más fiables. Una vez recogidos y analizados estos datos, tendremos en nuestras manos una información que nos permitirá conocer hasta qué punto estamos dentro del nivel que habíamos fijado como aceptable. Pero antes de tomar una decisión, conviene someter esta información al juicio de los expertos (*peer review*) y será entonces cuando estemos en condiciones de difundirla y de implantar las acciones correctoras que se hayan considerado necesarias basándose en esta medición.

Habitualmente, la evaluación suele estar dirigida a monitorizar aquellos aspectos que se consideran como determinantes o claves para la calidad de la atención de una organización o servicio (infección, mortalidad, aspectos relacionados con la farmacia, documentación, etc.) o bien aquello que se ha identificado y priorizado como un problema para dicho servicio o unidad. En cualquiera de los casos, los pasos son los que se esquematizan en la Figura 1.1 y que se explican a continuación. Similar al ciclo de evaluación y mejora

---

*El ciclo de la evaluación, aunque sencillo, requiere emplear el método científico en cada una de las fases del mismo.*

---



**FIGURA 1.1.** El ciclo de la evaluación.

---

*Definir un criterio es definir el patrón de aquello que queremos medir.*

---

que acabamos de exponer es el ciclo conocido como PDCA, que incluye las cuatro fases obligadas en la mejora de la calidad (Figura 1.2):

- Fase de planificación: tener definido hacia dónde vamos (Plan).
- Fase de implantación: hacer aquello que hemos planificado (DO).
- Fase de evaluación o chequeo: comprobar si lo hemos conseguido (Check).
- Actuar de nuevo: implantar las medidas de mejora o acciones correctoras (Act).

### **Definición de criterios, indicadores y estándares**

a) *Criterios*: al hablar de criterios, estamos definiendo un patrón de aquello que queremos medir. Establecemos así un instrumento

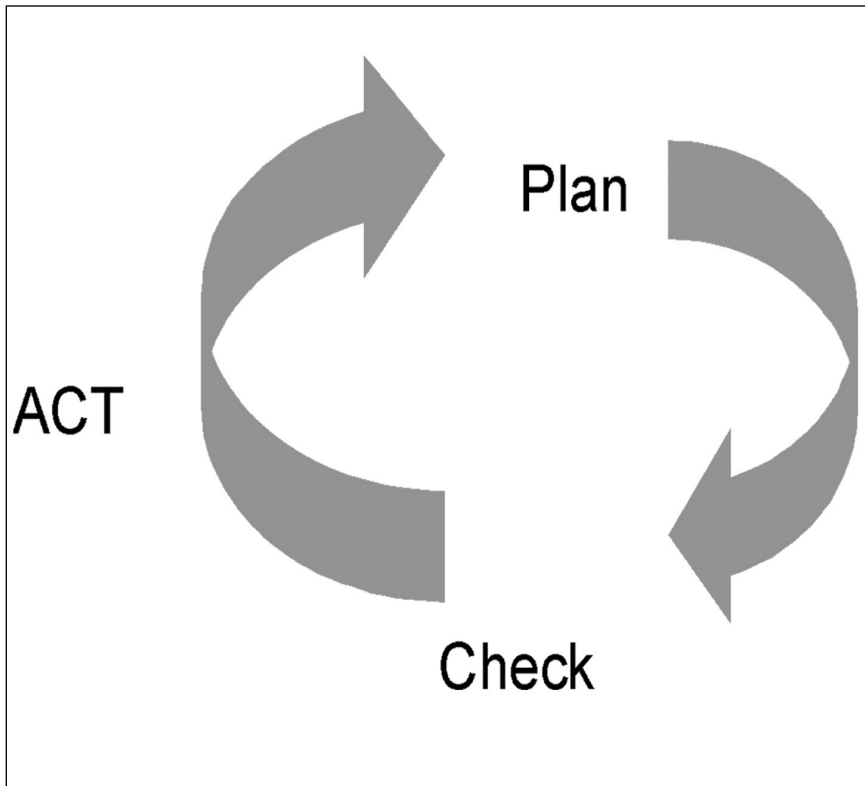


FIGURA 1.2. PDCA.

de medida y, como tal, éste debe de ser *válido* (tiene que ser capaz de medir aquello para lo que ha sido diseñado), *fiable* (si medimos varias veces lo mismo, los resultados no podrán variar más que entre los límites de fiabilidad que hayamos fijado) y *sensible* (si aquello que medimos varía, el criterio debe de ser capaz de detectar dicha variación). El segundo problema será decidir sobre la escala de medición a utilizar. Definir una escala es hacer una graduación de aquello que queremos medir. Las unidades de medida aquí no son universales. En control de calidad, éstas van a depender de múltiples factores y pueden variar incluso para cada centro. Esta escala puede ser de distintos tipos:

- nominal o lógica (aceptará únicamente valores de sí o no o, lo que es igual, de 0 o 1);
- ordinal (aceptando valores como útil, inútil o poco útil);

---

*Definir un criterio es definir el patrón de aquello que queremos medir.*

---

- de intervalo (pudiendo tomar valores como, por ejemplo, de 1 a 3, de 4 a 6, etc.);
- y, más raras veces, podrá ser cuantitativa y continua.

Los criterios pueden ser clasificados en tres tipos:

- Según el momento en que se formulan. Así tendríamos que, si esta formulación es previa a la medición, serían criterios *explícitos*, mientras que, si una vez que hemos recogido un hecho, nos planteamos qué es lo que hubiéramos hecho en una situación similar y valoramos esta actuación, estamos formulando criterios *implícitos*. Los criterios explícitos suelen tener mayor fiabilidad y validez que los implícitos, por lo que suelen ser más empleados.
- Si la atención del criterio se centra sobre un aspecto parcial de la asistencia, como puede ser una enfermedad determinada, estaríamos hablando de criterios *específicos*. Por el contrario, si analiza aspectos más amplios del proceso asistencial tendríamos criterios *generales*. En general, si tratamos de realizar un análisis del proceso asistencial serían más útiles los criterios específicos, mientras que para un análisis de resultados parecen más adecuados los criterios generales.
- Cuando fijamos un criterio de acuerdo a la práctica y a los resultados que previamente han sido obtenidos, estaríamos estableciendo un criterio empírico. Si lo hacemos en términos absolutos o teóricos, teniendo en cuenta únicamente aquello que consideramos como la mejor asistencia posible, estaríamos fijando un criterio ideal. Ambos tipos de criterios presentan problemas, pues mientras que los empíricos pueden acarrear cierto conformismo con la realidad, los ideales pueden tener el efecto contrario.

En la mayor parte de los casos han sido los profesionales sanitarios los protagonistas de la elaboración de criterios. Sin embargo, cuando estos criterios, como suele ser frecuente, impliquen la actividad de más de un profesional, deber ser un pequeño grupo con composición pluridisciplinar quien llegue a un consenso sobre la definición de los mismos. Tras este paso, sería conveniente someterlos a la opinión del resto de personas del servicio o institución al que vayan dirigidos. Otras características o condiciones mínimas que se le deben de exigir a un criterio son:

- simplicidad (detallados y precisos);

---

*Los indicadores son los métodos empleados para medir un criterio.*

---

- aceptabilidad (basados en un acuerdo general para que sean valorados y aceptados por todos como una buena asistencia);
- adaptables a los recursos de los profesionales y pacientes;
- actualizados, y
- de carácter universal.

Al enunciar los criterios, debe hacerse paralelamente el enunciado de las excepciones a los mismos, que serían las alternativas que aún no cumpliendo el criterio serían aceptables.

b) *Indicadores*: los datos que se obtengan desde las diferentes fuentes no son indicativos, no aportan información. Para que sean indicativos de una situación o aporten información al respecto, es necesario, una cierta elaboración de esos datos. Los valores absolutos o brutos deben estar referidos a algo o alguien en forma de porcentajes, ratios, tasas, etc., para permitir su interpretación y comparación. Decir que en un servicio de cirugía tres pacientes han sufrido una infección de herida no aporta información. Decir que tres pacientes de los 30 que ingresaron durante ese mes sufrieron una infección aporta algo más. Decir que 3 pacientes de los 230 días de estancia que tuvieron los 30 pacientes ingresados durante ese mes sufrieron una infección aporta aún mayor información. Los temas anteriores han presentado suficientemente desarrolladas las diferencias en la interpretación de una razón, de una tasa o de una proporción, así como la interpretación de estos indicadores en función de que se realicen estudios de prevalencia o de incidencia, por lo que no insistiremos más aquí sobre este respecto.

c) *Estándares*: como ya se ha dicho, serían aquellos valores que toma un criterio y que actúan como límite entre lo aceptable y lo inaceptable. Los estándares, al igual que los criterios, pueden ser ideales o empíricos. A su vez, los estándares ideales pueden dividirse en «óptimos» y «absolutos». Mientras que los estándares ideales y absolutos únicamente aceptarían valores de 0 o 1 o frecuencias del 100% o del 0%, los ideales y óptimos permiten valores intermedios o frecuencias intermedias que estarían basadas en los resultados de los mejores hospitales u opiniones de expertos. Los estándares empíricos suelen ser promedios de resultados obtenidos desde estadísticas o encuestas de centros similares. Al igual que con los criterios, al decidirse por emplear estándares empíricos o ideales hay que tener en cuenta los problemas de conformismo o de frustración que respectivamente conllevan. Aun-

---

*Los estándares son aquellos valores del indicador que marcan el rango entre lo aceptable y no aceptable.*

---

que es necesario fijar correctamente todos los estándares a utilizar, de poco servirá hacerlo si estos no son consensuados y aceptados por los clínicos.

### Técnicas para identificar y priorizar problemas

A continuación se exponen algunos de los métodos de identificación y priorización de problemas utilizados más habitualmente (Tabla 1.5).

#### a) *Identificando problemas*

Un problema es toda situación considerada como deficiente, bien por el usuario o familiares (cliente externo), por los trabajadores (cliente interno) o por la organización. Habitualmente, no es necesario buscar los problemas, llegan a través de cualquiera de los colectivos que acabamos de mencionar. Sí que es necesario constatar que todas las deficiencias manifestadas son problemas reales. Los métodos que más frecuentemente se emplean para identificar problemas son:

- A través de *indicadores*. Variarán en función del problema que estemos estudiando. Podrán estar basados en una proporción (porcentaje de pacientes que sufren reacciones adversas a medicamentos, úlceras por presión, etc.), en una razón (médicos por cama, enfermeras por cama, etc.) o en una tasa (incidencia de infección, caídas, etc.), o bien ser indicadores basados en un suceso centinela que suele requerir una revisión

**TABLA 1.5.** *Métodos para identificar y priorizar problemas.*

| Herramientas                 | Identificando problemas | Priorizando problemas |
|------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Diagrama de flujo            | XXXXX                   |                       |
| Lluvia de ideas              | XXXXX                   |                       |
| Técnica de grupo nominal     | XXXXX                   |                       |
| Gráfico de Pareto            | XXXXX                   | XXXXX                 |
| Diagrama causa-efecto        | XXXXX                   | XXXXX                 |
| Gráfico de desarrollo        | XXXXX                   | XXXXX                 |
| Histograma                   |                         | XXXXX                 |
| Gráfico de control           |                         | XXXXX                 |
| Análisis de campos de fuerza |                         | XXXXX                 |
| Diagrama de dispersión       |                         | XXXXX                 |

individualizada (miden un hecho grave y frecuentemente evitable). Según el tipo de criterio que valoren, pueden ser indicadores de estructura (recursos humanos, materiales o económicos), de proceso (miden una determinada actividad como sesiones clínicas por semana, calidad de la documentación clínica, etc.) o de resultados (infección nosocomial, altas por curación, etc.).

- A través de *encuestas de opinión*. En los centros hospitalarios pueden ser de gran utilidad los resultados obtenidos desde las encuestas poshospitalización que habitualmente se realizan.
- A través de métodos de consenso. Entre estos métodos, sin profundizar en cada uno de ellos, mencionar tanto las técnicas Delphi como las de *brainstorming*, *brainwriting* y, especialmente, las técnicas de grupo nominal.

#### b) *Priorizando problemas*

En la priorización de problemas deben de considerarse conjuntamente aspectos tales como el número de pacientes a los que afecta un problema, la gravedad de dicho problema, la existencia o no de posibles soluciones y el coste de las mismas. En la Tabla 1.5 se presenta, a modo de ejemplo, una parrilla de priorización de problemas. Tanto para la detección de problemas como para la priorización, pueden ser empleados diversos métodos: diagramas causa-efecto (espina de pescado de Isikawa), diagramas de Pareto, diagramas de flujo, etc.

### **Diseño de estudios**

Una vez identificado y priorizado el problema a mejorar, el siguiente paso es realizar un estudio para conocer los puntos débiles o posibles causas del problema con el objetivo de que puedan ser instauradas las medidas correctoras oportunas. El diseño de un protocolo de estudio para evaluar la calidad de la atención no difiere de cualquier otro diseño de estudio. Los pasos a seguir de forma resumida incluyen:

- a) *Definir la población diana o muestra del estudio*. Trabajar con todo el universo, o con una muestra, dependerá fundamentalmente de la disponibilidad de recursos. Si decidimos hacerlo con una muestra poblacional es necesario que ésta sea representativa



---

*Como los estudios de investigación, los estudios de evaluación requieren emplear de forma rigurosa el método epidemiológico*

---

de dicha población. Para ello, deben de ser tenidos en cuenta todos los criterios de muestreo. El muestreo puede ser aleatorio simple (todos los individuos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos), muestreo sistemático (la muestra se toma a partir de cierta característica que es siempre la misma), muestreo aleatorio estratificado (se divide la población en estratos, naturales o artificiales, y se toma aleatoriamente una muestra) y muestreo por conglomerados (la población diana está formada por conglomerados naturales, se toma una muestra aleatoria de conglomerados y los individuos que forman parte de estos conglomerados serán la muestra).

- b) *Relación temporal del estudio.* Si la temporalidad es hacia atrás, estaremos realizando un estudio retrospectivo; si es en un momento dado, estamos ante un estudio transversal; y en el caso de partir de las posibles causas y observar si se produce el efecto, estaremos realizando un estudio prospectivo o de seguimiento.
- c) *Tipo de datos.* Pueden estar referidos a datos de estructura, de proceso o de resultados.
- d) *Las fuentes de datos más útiles* para los objetivos de la garantía de calidad hospitalaria son: la historia clínica, la observación, las estadísticas de admisión y archivos (especialmente, el conjunto mínimo básico de datos) y las opiniones de los pacientes.

La observación participante puede ayudar a valorar la empatía de las relaciones médico-paciente u otras actividades del proceso asistencial. El método de la observación directa ha sido muy empleado por la American Hospital Association (AHA) y, especialmente, para valorar procesos de enfermería. Consiste en elaborar una hoja de observación donde figuren un número determinado de criterios cuyo estándar únicamente pueda ser 0 (respuesta negativa) o 1 (respuesta positiva). Con este método se puede llegar a obtener un índice global de calidad (IC) ( $IC = \text{Respuestas positivas} / \text{Total de respuestas posibles}$ ) para la unidad de estudio que hemos seleccionado. La opinión del paciente servirá para valorar aspectos que el profesional, en muchas ocasiones, no considera importantes. Existen distintos tipos de encuestas que pueden variar en función del momento en que se realicen: (intrahospitalización, poshospital, etc.) o según sean orales, escritas, telefónicas, etc. No debemos olvidar que la opinión de los profesionales puede ser también muy útil en este

---

*La participación de los profesionales es fundamental desde el inicio de los estudios, pues va a condicionar las resistencias al cambio.*

---

campo, además de otras fuentes de datos como las estadísticas asistenciales.

- e) *Recogida de datos*. En el caso de que esta no sea automatizada, es necesario definir claramente la hoja de recogida y las instrucciones para ello.

### **Análisis de los datos**

En esta fase es necesario comprobar si los estándares previamente definidos han sido alcanzados y, si no lo han sido, analizar los posibles factores causales. Si se han alcanzado se buscarán los posibles factores de mejora. Esta revisión debe ser hecha por un evaluador y, preferentemente, por más de uno, que serían profesionales del tema, los cuales emiten un juicio sobre si las desviaciones observadas están o no justificadas (revisión por pares, colegas o *peer review*).

### **La acción de mejora o acción correctora**

El objetivo de cualquier programa de mejora de calidad debe ser la intervención, con el fin de evitar aquellos problemas que han sido detectados. Las causas de estos problemas frecuentemente son de tipo organizativo o de actitudes. Según el tipo de problemas, la intervención variará desde medidas que requieren la decisión de órganos ejecutivos, por necesitar incremento o redistribución de recursos, hasta la formación e información de los profesionales sobre los resultados del trabajo. Pero siempre debe de ir bien documentada toda necesidad de cambio o de lo contrario será difícil lograrla. Por ello, ante cualquier problema detectado se deben buscar todos los problemas subyacentes al mismo y realizar un análisis previo de los resultados. Posteriormente se hará un informe detallado de las medidas o alternativas de intervención para solucionar el problema y el informe sobre las medidas necesarias para volver a evaluar la eficacia de dichas acciones correctoras. Todos estos informes deberán ser presentados a quienes tienen la responsabilidad y la autoridad para implantar las medidas correctoras. Por ello, es necesario que cualquier institución u organización tenga debidamente definido y asumido que, aunque en última instancia la responsabilidad máxima recaiga en la Dirección, debe tener establecido quiénes son los responsables de la calidad a cada nivel.

## La reevaluación

El ciclo no puede ser cerrado hasta que la reevaluación de las medidas correctora se haya realizado. Si dichas medidas han dado los resultados esperados, es decir, han conseguido los estándares propuestos, será el momento de planificar la fase de mejora.

## ALGUNAS TÉCNICAS EMPLEADAS EN LA EVALUACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES

### El audit médico

En la década de los años 50, eran frecuentes en Estados Unidos las auditorías externas en los hospitales. Como una evaluación que era de los profesionales y de las organizaciones, producía cierta incomodidad. En defensa de estas auditorías externas surgen en 1960, por parte de la Comisión on Professional and Hospital Activities (CPHA), lo que se conoce hoy como «audit médico», ampliamente empleado como método de control de calidad. El audit médico se define como la evaluación retrospectiva de la práctica asistencial realizada por los profesionales encargados de la asistencia. Se trata de una autoevaluación de las actividades clínicas, al ser los propios responsables de la evaluación los responsables de la asistencia. De esta manera, resulta más fácil conseguir implantar los cambios que se hayan detectado como necesarios. Las auditorías suelen ir dirigidas a evaluar aspectos concretos y puntuales de la asistencia. Los pasos para llevar a cabo una auditoría suelen ser los siguientes:

- Comprobar que existe un problema.
- Comprobar que es relevante.
- Comprobar que es puntual y auditable.
- Definir el tiempo de estudio (corto, no continuo).
- Contar con un grupo de profesionales implicados en el aspecto a estudiar y establecer las medidas a utilizar.

### Los círculos de calidad

Paralelamente al desarrollo en los hospitales de Estados Unidos del audit médico, en la industria se introduce el concepto de una

nueva gestión con las responsabilidades compartidas y comienzan a desarrollarse los llamados «círculos de calidad». Aunque esta idea de los círculos de calidad había nacido en Estados Unidos, fue en Japón donde primero se llevó a la práctica y desde donde de forma contagiosa se propagan dentro del mismo Japón (con más de un millón de círculos) y posteriormente hacia los Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña, y en la década de los 80, hacia nuestro país. Este proceso, que surge primero en el área de la industria, va a adoptarse en algunos sectores sanitarios unos años más tarde. Los círculos de calidad están constituidos por un grupo de voluntarios que, utilizando una metodología común, tratan de evaluar la asistencia prestada e implantar una serie de medidas para mejorar la calidad de la misma.

Para que estos círculos de calidad sean efectivos es necesario:

- que estén apoyados por la Dirección,
- que sean voluntarios los participantes y,
- que asuman que la calidad es algo que se consigue entre todos.

La metodología empleada para detectar problemas van desde el *brainstorming*, y los diagramas de análisis de flujos a las técnicas Delphi o diagramas de Pareto para la valoración de las mismas. Para que estos círculos trabajen de forma adecuada es necesario hacer previamente una fase de formación de todos los participantes y, en el caso de que existan varios círculos, debe existir la figura de un coordinador de varios de ellos.

### **El control de calidad y la evaluación del riesgo en los servicios clínicos**

El elevado porcentaje de limitaciones que sufrían los pacientes como consecuencia de actuaciones médicas, así como el aumento del número de reclamaciones que por esta causa se producían en los hospitales, junto con la importante elevación de los costes llevó, hacia 1976, a la Asociación Médica y a la Asociación de Hospitales de California a implantar un sistema de mejora de la calidad orientado fundamentalmente a la búsqueda de aquellos sucesos adversos que ocurrían en los pacientes (APO) y que, en situaciones óptimas, no deberían haberle ocurrido; según W. R. Fijer se trataría de medir la discalidad. Este proceso conlleva los siguientes pasos: