

**Diego Ayuso Murillo - Begoña de Andrés Gimeno**  
(Directores-Coordinadores)

**GESTIÓN DE LA CALIDAD  
DE CUIDADOS EN ENFERMERÍA**

**Seguridad del Paciente**



## DIRECTORES-COORDINADORES

---

### **Diego Ayuso Murillo**

Diplomado en Enfermería. Licenciado en Psicología. Máster en Dirección y Administración de Empresas.

### **Begoña de Andrés Gimeno**

Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Máster de Especialización en Gestión y Metodología de la Calidad Asistencial. Máster en Alta Dirección de Servicios de Salud y Gestión Empresarial.

## AUTORES

---

### **Laura Alfaro Cadenas**

Subdirectora de Calidad. Grupo IDC Salud. Madrid.

### **Diego Ayuso Murillo**

Supervisor de Enfermería Unidad de Cardiología. Hospital Universitario de Getafe. Profesor UNED y Escuela Internacional de Ciencias de la Salud. Madrid.

### **Mariano Bermejo Martínez**

Diplomado en Enfermería. Unidad Multidisciplinar de Heridas Crónicas. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

### **Rosa María Bonilla Sánchez**

Diplomado en Enfermería. Unidad Multidisciplinar de Heridas Crónicas. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

### **Begoña De Andrés Gimeno**

Supervisora Unidad de Calidad. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Profesora colaboradora de la Sección departamental de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

### **Rosa Fernández Lobato**

Doctora en Medicina. Subdirectora Médico. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

### **Guadalupe Fontán Vinagre**

Subdirectora de Enfermería. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

### **José Miguel González Ruiz**

Supervisor de Unidad. Hospitalización Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

### **Teresa Gordillo Martínez**

Supervisora de Área Hospitalización. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

**Marina Jaime Arranz**

Matrona. Supervisora de Obstetricia. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

**Mercedes Martín Moreno**

Supervisora de Unidad. Área Pediátrica. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

**Santiago Moraleda Aldea**

Subdirector de Enfermería. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

**Petra Moreno Martín**

Supervisora de Área. Hospital Infanta Cristina. Parla. Madrid.

**Alberto Rando Caño**

Supervisor de Unidad. Hospital de Día Médico. Hospital Infanta Cristina. Parla. Madrid.

**Manuel Revuelta Zamorano**

Supervisor Unidad Formación Continuada. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

**Maria Lucrecia Roca Oñate**

Médico Especialista en Medicina Interna. Servicio de Urgencias. Hospital de Sant Celoni. Barcelona.

**Rosa María Salazar de la Guerra**

Directora de Enfermería. Coordinadora de Calidad. Hospital Guadarrama. Madrid.

**Tomás Sebastián Viana**

Doctor por la Universidad Rey Juan Carlos. Supervisor de Innovación y Desarrollo. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

**Teresa Segovia Gómez**

Supervisora Unidad Multidisciplinar de Heridas Crónicas. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

**Estanislá Tejada Matamoros**

Supervisora de Unidad. Área Pediátrica. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

**Christel Terrón Manceau**

Experta en Calidad Hospitalaria. Diplomada en Enfermería. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

<b>Prólogo</b> .....	<b>XV</b>
<b>Presentación</b> .....	<b>XVII</b>
<b>1. Conceptos básicos de calidad asistencial</b> .....	<b>1</b>
<i>Begoña de Andrés Gimeno; Diego Ayuso Murillo</i>	
Introducción.....	1
El concepto de calidad .....	2
Evaluación de la calidad .....	7
Evolución histórica de los programas de gestión de la calidad .....	10
Herramientas de evaluación de la calidad .....	18
Resumen .....	21
Bibliografía.....	22
<b>2. Dirección de Enfermería y calidad asistencial</b> .....	<b>23</b>
<i>Diego Ayuso Murillo; Begoña de Andrés Gimeno</i>	
Introducción.....	23
Dirección de Enfermería y calidad asistencial.....	24
Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) .....	31
Norma española UNE-EN ISO 9001:2008. Sistema de Gestión de la Calidad.....	34
Modelo EFQM.....	39
Resumen .....	43
Bibliografía.....	44
<b>3. Gestión por procesos</b> .....	<b>47</b>
<i>Christel Terrón Manceau</i>	
Introducción.....	47
Estructuras organizativas de procesos .....	47
Misión, visión y valores.....	48
Análisis DAFO .....	49
Planificación estratégica .....	52
Gestión de procesos .....	53
Reingeniería de procesos: ¿podemos hacerlo de otra manera diferente? .....	71
Resumen .....	71
Referencias bibliográficas .....	72
<b>4. Seguridad del paciente en los cuidados de enfermería</b> .....	<b>73</b>
<i>Tomás Sebastián Viana</i>	
Introducción.....	73
Qué es la seguridad del paciente.....	73
La evolución de la relevancia actual de la seguridad del paciente .....	74
Dimensión del problema.....	78
Indicadores para evaluar la seguridad del paciente.....	79
Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Seguridad de los pacientes.....	80
Proyectos para evaluar la seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud .....	82
Resumen .....	91
Bibliografía.....	92

<b>5. La Unidad de Calidad. El coordinador de Calidad.....</b>	<b>95</b>
<i>Begoña de Andrés Gimeno</i>	
Introducción.....	95
Unidades de Calidad o Departamentos de Calidad .....	97
Papel del coordinador de Calidad en la planificación estratégica del centro.....	102
Plan de calidad.....	103
Resumen .....	115
Bibliografía .....	116
<b>6. Gestión del conocimiento. Gestión de la calidad de la formación .....</b>	<b>119</b>
<i>Manuel Revuelta Zamorano</i>	
Introducción.....	119
Formación continuada y calidad .....	120
Organización y gestión de proyectos y planes de formación .....	126
Resumen .....	134
Bibliografía .....	135
<b>7. Estandarización de cuidados. Comisión de cuidados .....</b>	<b>139</b>
<i>Teresa Gordillo Martínez; Santiago Moraleda Aldea</i>	
Introducción.....	139
Organización de la comisión de cuidados .....	139
Hospital seguro, paciente seguro.....	147
Resumen .....	151
Bibliografía .....	152
Anexo 1 .....	153
<b>8. La calidad en los servicios de Obstetricia y Paritorio.....</b>	<b>159</b>
<i>Christel Terrón Manceau; Marina Jaime Arranz</i>	
Introducción.....	159
Creación de un sistema de gestión de la calidad en una unidad obstétrica:	
¿por dónde empezamos? .....	161
Desarrollo de los procesos estratégicos: el objetivo a alcanzar .....	162
Definición de los procesos operativo/clave: ¿qué hacemos? .....	164
Secuenciación y descomposición de nuestros procesos:	
¿en qué orden lo hacemos? .....	165
Procedimentación: ¿cómo lo hacemos? .....	166
Procedimiento de soporte: ¿qué necesitamos para el correcto	
desarrollo del proceso clave? .....	168
El mapa de procesos: la visión de conjunto .....	174
Los indicadores: ¿cómo lo estamos haciendo? .....	174
Resumen .....	176
Bibliografía.....	177
Anexos 1-8 .....	179
<b>9. Calidad de cuidados en la atención al paciente pediátrico y neonatológico .....</b>	<b>201</b>
<i>Estanislá Tejada Matamoros; Mercedes Martín Moreno</i>	
Introducción.....	201
Características de un indicador de calidad.....	201
Indicadores de calidad en consultas externas de Pediatría .....	202
Indicadores de calidad en hospitalización de Pediatría .....	205
Indicadores de calidad en la Urgencia Pediátrica .....	214

Indicadores de calidad asistencial en Neonatología .....	217
Resumen .....	224
Referencias bibliográficas .....	225
<b>10. Indicadores de calidad en Cuidados críticos .....</b>	<b>229</b>
<i>Diego Ayuso Murillo; Guadalupe Fontán Vinagre</i>	
Introducción.....	229
Indicadores de calidad en Cuidados Críticos.....	230
Monitorización de las retiradas accidentales.....	231
Caídas del paciente en UCI .....	234
Úlceras por presión.....	234
Monitorización del dolor .....	237
Infección nosocomial .....	240
Monitorización y control de efectos adversos .....	244
Resumen .....	245
Bibliografía.....	245
<b>11. Calidad y seguridad asistencial en el paciente quirúrgico .....</b>	<b>249</b>
<i>Rosa Fernández Lobato</i>	
Introducción.....	249
Conceptos de calidad y seguridad en cirugía.....	249
Seguridad en el entorno del paciente quirúrgico antes del quirófano .....	253
Seguridad del paciente quirúrgico dentro del quirófano .....	257
Seguridad en el postoperatorio del paciente.....	266
Paciente, familia y continuidad asistencial .....	267
Indicadores de medición.....	267
Resumen .....	269
Referencias bibliográficas .....	270
<b>12. Calidad en los servicios de Urgencias .....</b>	<b>273</b>
<i>María Lucrecia Roca Oñate</i>	
Introducción.....	273
Nociones generales de calidad en Urgencias.....	274
Indicadores de calidad en los servicios de Urgencias .....	275
Experiencia en Hospital de Blanes .....	288
Resumen .....	296
Bibliografía .....	296
<b>13. Calidad de cuidados en las unidades de hospitalización .....</b>	<b>299</b>
<i>José Miguel González Ruiz</i>	
Introducción.....	299
Liderazgo.....	300
Planificación y estrategia .....	301
Personas.....	302
Alianzas y recursos.....	303
Resumen .....	315
Bibliografía .....	315
<b>14. Calidad y seguridad de cuidados en el paciente sociosanitario .....</b>	<b>317</b>
<i>Rosa M. Salazar de la Guerra</i>	
Introducción.....	317
Datos demográficos en nuestro país.....	317

Objetivos generales de la intervención enfermera con el paciente geriátrico.....	318
Niveles asistenciales para los pacientes geriátricos.....	319
Valoración del paciente.....	321
Calidad en los cuidados geriátricos.....	323
Indicadores de calidad .....	334
Resumen .....	336
Bibliografía .....	337
<b>15. Calidad y seguridad del paciente en el área ambulatoria.....</b>	<b>339</b>
<i>Laura Alfaro Cadenas</i>	
Introducción.....	339
Conceptos básicos .....	339
Mapa de proceso en consultas externas .....	340
Análisis interno/auditoría interna.....	345
Indicadores .....	349
Hospital de día .....	350
Resumen .....	363
Bibliografía .....	363
<b>16. Estandarización y normalización de la práctica enfermera como base de la calidad y el uso de las tecnologías de la información.....</b>	<b>365</b>
<i>Alberto Rando Caño; Petra Moreno Martín</i>	
Introducción.....	365
Sistemas de información integrados.....	365
La información del proceso de Enfermería en el modelo actual de financiación de los centros sanitarios .....	366
Historia clínica informatizada.....	368
Sistema de información del proceso asistencial de Enfermería.....	368
Estandarización de la práctica enfermera y normalización de un lenguaje común.....	371
Taxonomía NANDA, NIC, NOC.....	375
Una experiencia de estandarización de la práctica enfermera y normalización de un lenguaje común por medio de la implantación de planes de cuidados individualizados .....	378
Resumen .....	384
Referencias bibliográficas .....	384
<b>17. Unidad de heridas crónicas. Calidad de cuidados .....</b>	<b>387</b>
<i>Teresa Segovia Gómez; Diego Ayuso Murillo; Mariano Bermejo Martínez; Rosa María Bonilla Pérez</i>	
Introducción.....	387
Úlceras por presión: epidemiología, coste, mortalidad y repercusiones legales .....	388
Úlceras de extremidad inferior. Su alcance.....	390
Unidad multidisciplinar de heridas crónicas .....	390
Actividad asistencial.....	392
Formación y docencia .....	394
Actividad científica e investigación .....	395
Resumen .....	400
Referencias bibliográficas .....	401
Anexos 1 y 2 .....	403
<b>Índice analítico .....</b>	<b>407</b>

El Sistema Nacional de Salud español está considerado como uno de los mejores del mundo, lo que representa un importante logro para la sociedad española. Sin embargo, en las condiciones actuales y, como consecuencia de la crisis económica, entre otros elementos, han salido a la luz numerosas carencias que si no se adoptan las medidas necesarias el sistema resultará insostenible en un corto periodo de tiempo.

El mundo está cambiando a una velocidad inusitada. La globalización hace que las personas estén más informadas, pero a la vez las convierte en más exigentes y, por tanto, más demandantes de servicios de salud.

Factores como el cambio demográfico que está experimentando la sociedad española, con un incremento importante de la esperanza de vida, hacen que aumente la cronicidad (teniendo en cuenta que nuestro sistema está todavía orientado a la atención de pacientes agudos), el gasto farmacéutico, el déficit en políticas de salud pública, la deuda económica, entre otros, y hacen que haya saltado la voz de alarma y que se comiencen a tomar medidas, en muchas ocasiones descoordinadas, sin escuchar la voz de los actores principales: los pacientes y usuarios del sistema, y los profesionales.

Preocupados por este tema, los Consejos de Médicos y Enfermeros, que aglutinan alrededor de 500.000 profesionales, desde el profesionalismo y la independencia, se unen para realizar un estudio en el que, tras un minucioso análisis de la situación, se formulan una serie de propuestas sintetizadas en 85 medidas, entre las que resaltan de manera notoria las estructurales y de gobernanza del sistema.

Es momento de cambios, la gestión sanitaria tiene que profesionalizarse, no puede ni debe estar supeditada a criterios políticos. Más que nunca, el Sistema Nacional de Salud español necesita gestores eficaces, altamente cualificados y formados, que sepan dar respuesta a las necesidades de nuestra sociedad con los escasos recursos con que contamos.

El libro *Gestión de la calidad de cuidados. Seguridad del Paciente* obedece a este nuevo enfoque que va a contribuir a responder en gran medida a la globalización en la que estamos inmersos. Esta visión, que un grupo de profesionales dirigidos por Diego Ayuso Murillo, enfermero y psicólogo, con dilatada experiencia en el ámbito de la gestión sanitaria con su impulso, liderazgo, capacidad de trabajo y, de manera especial, su categoría como ser humano, estoy segura que podría convertirse en manual de apoyo en el ámbito de la gestión sanitaria.

Temas tan apasionantes como la calidad asistencial, la dirección de enfermería, la gestión por procesos, la gestión del conocimiento, la calidad y la seguridad del paciente entre otros temas, constituirán algunas de las líneas que permitirán gestionar instituciones sanitarias con criterios de equidad, eficiencia, racionalidad y calidad asistencial.



Me queda agradecer a Diego Ayuso y demás autores la creación de esta magnífica contribución, a la vez que instarles a seguir aportando materiales tan valiosos, de los que se podrán beneficiar todas las enfermeras y enfermeros y los gestores sanitarios para contribuir a garantizar la seguridad asistencial en el cuidado de los pacientes.

**PILAR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ**  
Vicepresidenta Consejo General de Enfermería. Madrid

# PRESENTACIÓN

---

La calidad asistencial es uno de los elementos clave a desarrollar por los equipos directivos y por los profesionales sanitarios, con el objetivo de mejorar continuamente la práctica asistencial que realizamos y conseguir la mayor satisfacción del paciente y su familia.

En la actualidad, es una prioridad mejorar la gestión de la asistencia sanitaria con el objetivo de alcanzar una mayor calidad en los cuidados que prestamos. La mejora de la calidad es considerada hoy una variable estratégica por la mayoría de empresas, instituciones públicas y organizaciones en general. Los servicios de salud y sus profesionales tienen además una responsabilidad por la naturaleza misma del servicio que prestan, donde la calidad de los cuidados es una exigencia ética.

La seguridad de los pacientes es una de las dimensiones fundamentales de la calidad asistencial, ya que por su transversalidad afecta a la totalidad de la organización y de sus miembros. En los últimos años ha alcanzado gran relevancia, siendo uno de los aspectos clínicos y profesionales que más apoyo institucional y profesional ha tenido.

El rol de la enfermería en la seguridad de los pacientes es fundamental, ya que en la mayoría de las estrategias y evaluaciones se contemplan indicadores y actuaciones que inciden directamente en los cuidados de enfermería.

Es por todo lo anterior que este libro recoge los aspectos principales para realizar una adecuada Gestión de la Calidad de Cuidados.

Con un enfoque multidisciplinar y multicéntrico, y desde la experiencia de cada uno de los autores, en los primeros capítulos se recogen los planteamientos teóricos de gestión de la calidad, conceptos básicos, los principales modelos de calidad aplicables a las organizaciones sanitarias, la importancia de la implicación directiva en la gestión de la calidad, la gestión por procesos y la seguridad del paciente en los cuidados.

Continuando el desarrollo de la obra, con capítulos dedicados a la gestión de la calidad específica por unidades de enfermería y las áreas asistenciales más relevantes en la atención especializada, como las unidades de hospitalización, el bloque obstétrico, el área de pediatría, los cuidados críticos, el bloque quirúrgico, las urgencias o el cuidado al paciente sociosanitario, entre otras.

Todo ello resaltando, con un enfoque práctico, la importancia de la monitorización de indicadores relevantes en cada una de las áreas y servicios asistenciales, la necesidad de medir los resultados obtenidos en dichos indicadores y aplicar las medidas correctoras en las desviaciones detectadas respecto al estándar aceptado en la evidencia científica, con un enfoque de mejora continua y de gestión de la calidad total.

La calidad de los cuidados se podría resumir en hacer bien lo que hacemos de forma cotidiana en la práctica asistencial, y para alcanzarlo es necesario contar con las herramientas que se proponen en este libro.

Esperamos que esta obra sea una aportación al conocimiento y las buenas prácticas de cuidados que realizan todos los profesionales sanitarios.

**DIEGO AYUSO MURILLO**  
**BEGOÑA DE ANDRÉS GIMENO**

## Conceptos básicos de calidad asistencial

Begoña de Andrés Gimeno; Diego Ayuso Murillo

### INTRODUCCIÓN

La calidad es un concepto que ha ido evolucionando a lo largo de la historia; ha sido definida y percibida de maneras diferentes, no ha sido producto del azar sino que existe una estructura conceptual subyacente. Las definiciones de calidad son variables, y su variabilidad radica en la relación que tiene en cada momento con los valores de la sociedad. Han existido numerosas interpretaciones de lo que podemos denominar “calidad de la atención”; dependiendo de quien la intérprete se hace énfasis en un componente u otro del proceso de atención, no obstante una definición posiblemente aceptada por todos sea decir que calidad es “hacer bien las cosas correctas”.

Inicialmente la calidad en el sector sanitario ha estado ligada a la perspectiva científico técnica de la práctica médica, sin embargo la concepción actual de la calidad está enfocada hacia la satisfacción del paciente sin olvidar sus necesidades y valores como persona, el cumplimiento de especificaciones técnicas (estándares), la implicación de todos los profesionales de la organización en la mejora continua de los procesos y la implicación y compromiso firme de los líderes de los centros sanitarios. Según Rodríguez P, el enfoque de un proceso asistencial apropiado a la evidencia científica, junto a las nuevas dimensiones que conlleva entender los servicios sanitarios como empresas, la necesidad de reorganizar los procesos para conseguir mayor capacidad de respuesta, accesibilidad, seguridad y competencia de los servicios sanitarios, así como el entendimiento de las necesidades de los pacientes han contribuido a que se hayan incluido nuevos atributos o dimensiones de la calidad.

La preocupación por la calidad en el sector sanitario ha existido desde siempre, sin embargo hay discrepancias sobre el origen de la evaluación de la calidad de los cuidados; algunos autores lo sitúan 100 años atrás y otros lo remontan en la historia hasta 3.000 años. Estas diferencias se originan porque muchos autores entienden que el origen de la calidad del cuidado está en el origen de las estructuras formales que inician la evaluación de dicha atención. Algunos ejemplos los encontramos en Hammurabi en el año 2000 a.C. donde se promulga el código que regulaba la atención médica e incluía multas por los malos resultados de sus cuidados; en Egipto se encontraron papiros con algunos de los primeros estándares referidos a la práctica médica; el tratado de Hipócrates del año 500 a.C. recoge las primeras bases éticas y legales de obligado cumplimiento para los médicos, etc.

Los primeros trabajos de evaluación de la práctica comienzan a ser realizados por epidemiólogos; podemos citar el tratado escrito en el siglo XVII por W. Petty que trata de evaluar y conocer los resultados de la atención sanitaria comparando los hospitales de Londres con los hospitales de París sin olvidar las aportaciones que realizó F. Nightingale y W. Fahr sobre mortalidad hospitalaria en el siglo XIX.

Si bien, en el presente capítulo vamos a abordar la calidad desde el pasado más reciente, es en el siglo XX cuando se inicia la época de la evaluación sistemática de la calidad de la atención sanitaria.

## EL CONCEPTO DE CALIDAD

Como ya mencionamos en la introducción existen numerosas definiciones de calidad que han ido evolucionando pero no existe una única definición que pueda incluir toda la complejidad del término, tal y como expresaba Donabedian en su artículo sobre la evaluación de la calidad médica, “la calidad de la atención es una idea extraordinariamente difícil de definir”. La definición de calidad puede ser casi cualquier cosa que se quiera que sea, si bien por lo común es un reflejo de los valores y metas vigentes en el sistema de atención médica y en la sociedad más amplia de la que esta es una parte”, y es probable, tal y como acuñan muchos autores, que no se llegue a un único criterio general para medir la calidad de la atención del paciente.

Para que el lector comprenda la complejidad del término a la que hacía referencia A. Donabedian, a continuación se exponen algunas de las definiciones de calidad más conocidas y utilizadas en el sector sanitario.

La Real Academia de la Lengua define calidad como “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten juzgar su valor, es decir, apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”. De esta definición se pueden extraer tres características importantes: la primera que el concepto de calidad es un término relativo, la segunda que el término lleva implícito la comparabilidad y tercero que existe un estándar, norma o modelo con el que compararse.

El concepto de calidad parece llevar implícito la idea de bueno, excelente, adecuado o mejor que otro. Reeves y Bednar diferencian cuatro maneras distintas de entender la calidad:

- Como excelencia, lo mejor en sentido absoluto.
- Como valor relativo, ya que alcanzar lo mejor depende de las posibilidades y recursos disponibles.
- Como ajuste a las especificaciones, medida en términos de consecución de objetivos y cumplimiento de estándares de calidad.
- Como satisfacción de las expectativas de los clientes, que incluye un juicio subjetivo a partir de opiniones de quien recibe el producto o servicio.

Una de las definiciones utilizadas en el ámbito industrial y que pone de manifiesto las diferencias que existen entre los diferentes sectores es “la aptitud para el uso, la adecuación a la norma” o la formulada por Juran como la “capacidad para que un producto consiga el objetivo deseado al menor coste posible”. Extrapolar esta definición al sector sanitario conlleva realizarnos preguntas como: ¿cuál es el

producto final de la atención?: ¿la curación?, ¿la mejoría?, ¿la satisfacción? ¿Quién establece cuál es el producto final de la atención?: ¿los pacientes?, ¿los médicos? Y, ¿quién determina cuál es el menor coste posible? Según Rodríguez P, ninguna definición por sí sola podría dar respuesta a todas estas cuestiones. Se requiere un análisis de los componentes de la atención sanitaria así como de los atributos que cada uno de ellos debe contener para llegar a una visión esclarecedora del concepto de calidad de la atención sanitaria.

E. Deming, introduce en su definición los conceptos de disminución de variabilidad y de eficiencia: “grado perceptible de uniformidad y fiabilidad, a bajo costo y adecuado a las necesidades del cliente”.

Según Donabedian, la calidad de la atención puede dividirse en el aspecto dedicado a la salud, en el aspecto interpersonal (interacción social entre el paciente y el profesional), y en lo que podría denominarse como “amenidades” (características tales como la comodidad de la habitación o sala de espera, privacidad, cortesía, buena alimentación, limpieza, y otros servicios adicionales no directamente relacionados con el proceso de salud del paciente). Por tanto, según este autor entendemos la calidad como una propiedad de, y un juicio sobre, alguna característica de la atención, la cual por lo menos se divide en dos partes: la parte técnica y la interpersonal.

Así, Donabedian en 1980, definía calidad de la atención como “aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de atención en todas sus partes, es decir, cuando menos no dañar, usualmente hacer algún bien e, idealmente realizar el mayor beneficio que sea posible alcanzar en cualquier situación dada”.

Brook y Lohr en 1985 definían la calidad como “la diferencia que existe entre la eficacia y la efectividad”, un concepto de calidad industrial que se centra en el cumplimiento de los requisitos en condiciones reales y que aplicado al sector sanitario, estaría centrado exclusivamente en la calidad científico técnica de los profesionales.

La definición de calidad que ofrece la UNE-EN ISO 9000:2000 es muy general, ya que trata de responder a todos los interrogantes posibles, en todos los campos posibles. Así, define calidad como el “grado en el que un conjunto de características inherentes a un producto o servicio cumple con los requisitos”. De esta definición se puede extraer que la calidad es una característica de la atención que se puede medir, que una de las características del servicio es la percepción del paciente como usuario del mismo y que el cumplimiento de los requisitos lleva implícito el cumplimiento de la misión o estrategia, sin embargo esta definición carece de contenido ético (valores).

Otra definición es la que realiza el Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine en 1990, que considera la calidad como el “grado en que los servicios de salud, a nivel individual o poblacional, aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseables y coherentes y en consistencia con el conocimiento científico y profesional existente”. En esta definición se contempla la calidad con características como: escala de medida, amplio espectro de elementos de la atención, orientada a los objetivos, reconocimiento de los resultados, vincula el proceso a los resultados, considera las preferencias de los usuarios y su participación y responsabiliza a los profesionales de la provisión de cuidados conforme al conocimiento actual.

H. Palmer en 1989 definía la calidad de la atención como “el grado en que los servicios sanitarios recibidos por las personas y la población, aumentan los resultados de salud deseados y son coherentes con el estado actual de los conocimientos”.

La oficina regional de la OMS en Europa definió calidad de la asistencia sanitaria como “aquella que identifica las necesidades de salud de los individuos o la población y destina los recursos necesarios a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.

En función del enfoque realizado en cada una de las definiciones, David A. Garvin establece cinco grupos:

1. *Definiciones trascendentes*: consideran la calidad como una cualidad innata, es una característica absoluta y universalmente reconocida. Los seguidores de esta visión afirman que no puede darse una definición precisa y única sobre la calidad, sino que se aprende a reconocerla a través de la experiencia.
2. *Definiciones basadas en el producto*: consideran la calidad como una característica medible. Las diferencias de calidad significan diferencias en la cantidad o cualidad que posee el producto.
3. *Definiciones basadas en el usuario*: consideran que la calidad debe ser definida desde la óptica del usuario. Estas definiciones asumen que los compradores individuales tienen gustos diferentes, además asumen que los productos que mejor satisfacen sus necesidades son los que consideran como productos de más calidad. Juran consideraba la calidad como aquello que es adecuado para el uso, satisfaciendo las necesidades del cliente.
4. *Definiciones basadas en la producción*: están basadas en la oferta. Identifican la calidad con el cumplimiento de determinadas especificaciones. Un ejemplo de esta definición es la que realiza Crosby, que entiende que calidad es la conformidad con las especificaciones, es decir, cero defectos, que significa que no se debería esperar un error o aceptarlo como inevitable.
5. *Definiciones basadas en el valor*: definen la calidad en términos de costes y precios.

Muchos son los autores que han realizado definiciones de lo que se considera calidad de la atención, por lo que podríamos concluir que existen varias definiciones de calidad, o diversas variantes de una sola definición, siendo legítima cada una de ellas en un contexto apropiado. La calidad es una propiedad que la atención sanitaria puede poseer en grados variables, y, aunque existe acuerdo sobre el carácter multidimensional del concepto no se ha llegado a una definición única.

## Dimensiones de la calidad

Aunque existe acuerdo sobre el carácter multidimensional del concepto de calidad, no todos los autores sitúan el énfasis en las mismas dimensiones. Son dimensiones de calidad aquellos elementos que integrados forman parte de la calidad.

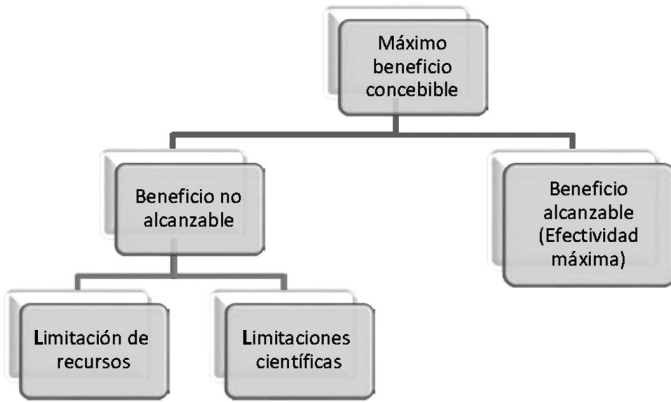
Donabedian en su artículo “Los siete pilares de la calidad” plantea siete dimensiones (eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, accesibilidad, legitimidad y equidad); Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations plantea dos puntos de vista (hacer las cosas correctas y hacer las cosas correctamente) que incluyen diferentes dimensiones de la calidad.

Hacer las cosas correctas	Hacer las cosas correctamente
Adecuación Accesibilidad Eficacia	Continuidad Efectividad Eficiencia Respeto Seguridad Puntualidad u oportunidad Satisfacción del cliente

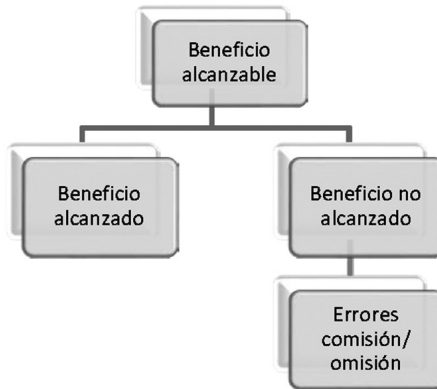
- *Adecuación*: grado en el que la atención sanitaria prestada es relevante para las necesidades clínicas del paciente.
- *Accesibilidad*: grado de disponibilidad de una intervención sanitaria adecuada para alcanzar las necesidades del paciente. Es la facilidad con la que la población puede recibir la atención sanitaria que precisa. Contempla barreras de tipo estructural, organizativo, socioeconómico y cultural.
- *Eficacia*: es el máximo beneficio alcanzable bajo condiciones ideales de actuación.
- *Efectividad*: grado en el que una intervención se presta de manera correcta dado el estado actual de conocimiento, con el propósito de conseguir el resultado deseado o proyectado para el paciente en condiciones reales (no experimentales). Es el grado en el que se consigue obtener el beneficio alcanzable. Esta dimensión contempla la calidad desde un punto de vista científico técnico (conocimientos, aptitudes y habilidades) y desde un punto de vista de la relación interpersonal (relación entre el profesional y el paciente).
- *Eficiencia*: relación entre los resultados de la intervención sanitaria y los recursos utilizados para obtener dichos resultados. Es el grado en que se consigue obtener el más alto nivel de calidad con los recursos disponibles.
- *Continuidad*: grado de coordinación de la atención al paciente entre profesionales, entre la organización y entre diferentes organizaciones a lo largo del tiempo. Es la medida en que la atención sanitaria se coordina entre los diferentes profesionales, centros, niveles asistenciales y organizaciones que le atienden.
- *Respeto*: grado de implicación de los pacientes en su propia atención y grado en el que los que prestan los servicios lo hacen con cuidado y sensibilidad.
- *Seguridad*: grado en el que las organizaciones están exentas de peligros. Es la capacidad de reducir los riesgos propios de la atención sanitaria y el entorno.
- *Puntualidad u oportunidad*: grado en el que una intervención sanitaria se realiza a un paciente en el momento más beneficioso o necesario.
- *Satisfacción del cliente*: grado en que la atención sanitaria y los resultados de esta cumplen con las expectativas de los clientes. No siempre guarda relación directa con el nivel de calidad científico técnica, y sí más con la relación interpersonal.

Algunos conceptos como eficacia, eficiencia y efectividad han sido explicados por su complejidad por Williamson, mediante los siguientes esquemas (Figura 1.1, 1.2 y 1.3):

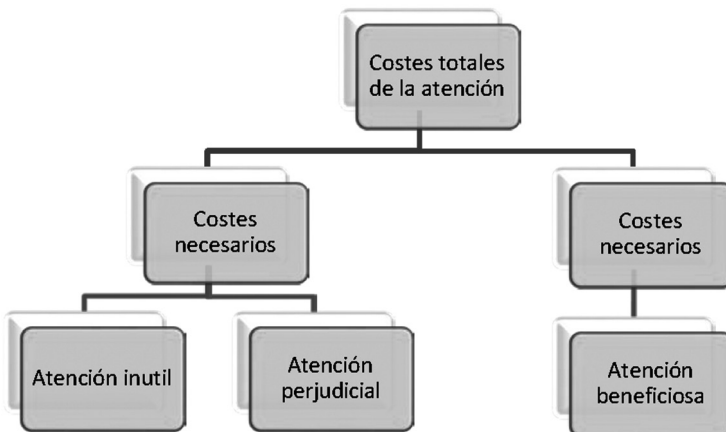




**Figura 1.1.** Eficacia =  $\frac{\text{Beneficio alcanzable}}{\text{Máximo beneficio concebido}}$



**Figura 1.2.** Efectividad =  $\frac{\text{Beneficio alcanzado}}{\text{Beneficio alcanzable}}$



**Figura 1.3.** Eficiencia =  $\frac{\text{Costes relacionados con la atención beneficiosa}}{\text{Costes totales de la atención}}$

Si analizamos los elementos de la calidad asistencial de autores como Vuori, Palmer, Shaw, Berwick, o Donabedian, todos tienen coincidencias a la hora de señalar que la calidad es un compendio de las mejores prácticas, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, utilidad para mantener o incrementar la calidad de vida y la satisfacción del paciente con la atención recibida (Tabla 1.1).

**Tabla 1.1.** Elementos de la calidad asistencial.

Shaw	Vuori	Donabedian	Palmer
Idoneidad	Accesibilidad	Científico-técnico	Calidad científico-técnica
Accesibilidad	Adecuación	Interpersonal	Accesibilidad
Efectividad	Calidad científico-técnica	De entorno	Satisfacción
Eficiencia	Continuidad		Efectividad
Equidad	Efectividad		Eficiencia
Pertinencia	Eficiencia		
	Satisfacción		

La calidad es un término subjetivo y complejo. Numerosos estudios demuestran que no existe una relación directa entre la efectividad y la satisfacción del paciente, por lo tanto, si el concepto de calidad incluye la percepción del cliente como un criterio de calidad, las cualidades a desarrollar para alcanzar una práctica efectiva y a la vez obtener la satisfacción del cliente son por tanto, distintas pero complementarias. Buscando la operatividad de lo expuesto, podemos aceptar que los principales determinantes para mejorar la calidad son la adecuación de los procedimientos, la efectividad y excelencia de nuestras actuaciones y la satisfacción del paciente, y si consideramos que esto es así el siguiente paso será encontrar las herramientas que permitan evaluar la calidad y conocer los resultados que cada centro obtiene en cada uno de ellos.

## EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

“Antes de intentar evaluar la calidad de la asistencia es necesario acordar qué elementos la constituyen, puesto que de lo contrario estaríamos abocados al desastre.” Donabedian, 1989.

Antes de desarrollar el enfoque de la evaluación de la calidad, comenzaremos por exponer los cuatro elementos que Suñol y Bañeres citan como razones por las cuales es importante medir la calidad:

- Para ayudar a los usuarios a realizar elecciones informadas sobre la atención sanitaria. La información sobre la calidad puede ayudar a los usuarios de los servicios sanitarios a realizar decisiones informadas. La elección de los proveedores sanitarios es algo posible y existe un acuerdo generalizado de que se trata de un derecho fundamental de los usuarios de los sistemas. Ser capaces de plasmar los resultados de las organizaciones sanitarias proporciona información que ayuda a los pacientes en la toma de decisiones sobre dónde y a quién solicitar la atención.
- Para ayudar a los profesionales y pacientes a tomar decisiones basadas en la información de la práctica profesional. En ocasiones la atención prestada

puede no tener los mismos resultados que las investigaciones realizadas en condiciones “ideales”.

- Para ayudar a los profesionales a mejorar la atención. Conocer los resultados de la práctica permitirá realizar una autoevaluación y también compararse con los mejores teniendo así la oportunidad de aprender de las organizaciones que tienen un nivel superior.
- Para ayudar a tomar decisiones en la prestación de servicios más efectivos. Los criterios de calidad pueden facilitar las decisiones sobre el tipo de atención que debe mantenerse y la atención que debe ser eliminada de forma segura.

Según Donabedian, hay tres enfoques para la evaluación de la calidad: la estructura, el proceso y el resultado. Esto es posible porque existe una relación funcional fundamental entre los tres elementos. La calidad estructural hace referencia a las cualidades del sistema donde se desarrolla la atención; la calidad del proceso se refiere a las propiedades de la práctica de los profesionales; y la calidad de los resultados se refiere a la salud de los pacientes.

### **La estructura**

Comprende las cualidades de los centros donde se desarrolla la atención e incluye:

- Los recursos materiales (arquitectónicos, equipamientos y económicos).
- Los recursos humanos (número y cualificación del personal).
- Los recursos organizativos (organización del trabajo, normas y protocolos).

Las características estructurales de los centros donde se imparte la atención son necesarias para realizar una buena atención y tienen una propensión a influir sobre el proceso de atención disminuyendo o acrecentando su calidad; aunque la conformidad con las normas estructurales no aseguran la excelencia del proceso y del resultado, sí establece las condiciones previas necesarias para prestar una atención adecuada. Puede entenderse que para prestar atención de calidad se precisan unos recursos mínimos, y que a partir de estos cabe esperar un determinado nivel de calidad. Las mejores condiciones estructurales son aquellas que tienen una influencia positiva en la calidad del proceso de atención y en la salud del paciente, y para ello deberemos estipular los recursos materiales y humanos que son necesarios para cubrir con las demandas asistenciales, el tipo de instalación que se requiere y la cualificación que deben tener los profesionales que atenderán a los pacientes.

### **El proceso**

Considera todo aquello que se hace al prestar y recibir la asistencia. Se refiere a las actividades que realizan los profesionales por sus pacientes y el nivel de calidad con que lo hacen tanto desde un punto de vista técnico como interpersonal. Incluye por tanto, la fiabilidad diagnóstica, la adecuación terapéutica, la capacitación y las habilidades, el registro de la actividad, el cumplimiento de los protocolos de actuación, etc.

La evaluación de la cualificación científico-técnica se realiza mediante el cumplimiento de estándares de buena práctica definidos en la literatura o los esta-

blecidos por organizaciones profesionales o paneles de expertos, sin embargo la evaluación de la relación interpersonal es más compleja de evaluar, y se realiza habitualmente mediante encuestas.

Los cambios en el proceso de la atención, incluyendo las variaciones en su calidad, influirán en el efecto de la atención sobre el estado de salud, y aunque se conoce poco acerca de la relación entre el proceso y el resultado, esta relación según Donabedian es fundamental para las inferencias que se sacan de los hallazgos de cualquier evaluación, y por lo tanto, es importante que siempre que sea posible se empleen elementos tanto de proceso como de resultado en cualquier método de evaluación.

## **El resultado**

Incluye los resultados de la asistencia en el estado de salud del paciente y la población. Según R. Suñol, los tres principales tipos de resultados son, el estatus clínico, el estatus funcional y la satisfacción del paciente.

El estatus clínico consiste en los resultados biológicos de la enfermedad. El estatus funcional es la capacidad del individuo para participar en actividades físicas, cognitivas y sociales. Y la satisfacción del paciente se refiere a cómo se siente el paciente en relación con la atención recibida.

En cualquier sistema de evaluación, la medición del resultado es solo el primer paso en una sucesión de actividades. No obstante, la utilización de medidas de resultado no debe ser exclusiva sino que también se deben utilizar medidas de estructura y proceso como predictores de buenos resultados, ya que no siempre unos buenos resultados dependen únicamente de la atención sanitaria.

En el caso de emprender acciones correctivas, ante un mal resultado se debe profundizar en los procesos que condujeron a los resultados indeseados. La identificación de los errores del proceso llevará a un examen de las características estructurales que contribuyeron a un resultado no óptimo reafirmando la interconexión e integridad existente entre los tres elementos de la cadena estructura-proceso-resultado.

Las mediciones de resultados pueden ser mediciones indirectas de aspectos del proceso y también pueden ser mediciones confirmatorias de elementos del proceso que son evaluadas directamente sobre los mismos. De la misma forma, las mediciones del proceso nos permiten estar alertas sobre las mediciones del resultado, incorporando así revisiones sobre la validez de la evaluación averiguando si el sistema de monitorización está midiendo lo que debe medir.

Según Rodríguez Pérez, aunque parezca lógico pensar que si el análisis de la estructura y del proceso es bueno también lo será el resultado, esto no siempre es así. Una buena estructura y un buen proceso no siempre aseguran un buen resultado ya que existen factores no controlables por parte de los profesionales, que dependen fundamentalmente del tipo de paciente. Por el contrario una mala estructura y un inadecuado proceso sí pueden conllevar a resultados negativos, por lo que conocer el grado de efectividad clínica de una organización sanitaria conlleva evaluar las actividades que se realizan integrando los programas de mejora de la calidad y la evaluación en el trabajo asistencial diario. Es imprescindible implicar a los profesionales de las organizaciones en los procesos de mejora de la calidad, pidiendo su participación activa, y reconocer su papel en la mejora de la calidad asistencial que continúa siendo una cuestión primordial.

La polémica suscitada sobre la conveniencia de la medición de elementos de proceso o de resultado para evaluar con más “fiabilidad” la calidad, Donabedian la resolvió exponiendo que la evaluación de la calidad no es un estudio de investigación sobre la relación del proceso y el resultado, sino que es un juicio sobre la atención prestada. Los elementos del proceso solo pueden utilizarse como indicadores de calidad si tienen una relación válida con los resultados deseados, y a la inversa; por tanto si existe relación entre ellos podrá utilizarse uno u otro indistintamente.

## EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS PROGRAMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Aunque es difícil establecer un momento específico para el inicio de la moderna ciencia de la calidad, numerosos autores están de acuerdo en establecer como uno de los primeros trabajos sobre la mejora de la calidad, el realizado por Florence Nightingale en el Barrack Hospital durante la guerra de Crimea (1854). La tasa de mortalidad de los pacientes a su llegada al hospital era del 32% y tras seis meses de aplicar mejoras en la higiene, los cuidados y las atenciones sanitarias, la tasa de mortalidad disminuyó a 2%. Gracias a sus esfuerzos, la Enfermería pasó a ser considerada una profesión sanitaria con un elevado grado de formación e importantes responsabilidades. Estableció lo que podría denominarse como los primeros estándares de la práctica de Enfermería en su publicación *Notes on Nursing* (1860).

Ignac Fülöp Semmelweiss (1818-1865) fue un médico húngaro especializado en partos en una época en que las cifras de mortalidad materna eran del 16%. Semmelweiss propuso incluir tras el lavado con agua y jabón, el lavado con cloruro cálcico. Tras un año de la puesta en práctica de este tipo de lavado la mortalidad descendió a 1,3%. Esta práctica la propuso después de observar que la mortalidad en salas atendidas por médicos que pasaban de la sala de autopsias a las de partos lavándose con agua y jabón era mayor que la obtenida en salas atendidas por parteras. Aun a pesar de los resultados, encontró muchas resistencias por parte de sus colegas para la implantación de esta práctica por lo que recurrió al reparto de octavillas a mujeres que decía: “Jóvenes: ¡estáis en peligro de muerte! La fiebre puerperal amenaza vuestras vidas. Desconfiad de los médicos porque os matarán. Mujeres que vais de parto: acordaos de que moriréis y vuestro hijo morirá también a menos que cualquier cosa que entre en contacto con vosotras sea lavada con agua y jabón y aclarada con una solución de cloro. Yo ya no puedo acudir a los médicos y, por tanto, apelo a vosotros. Protegeos vosotros mismos”.

Ernest Codman, cirujano del Massachusetts General Hospital de Boston, proponía clasificar y medir los resultados de la atención médica y pasar de la evaluación personal de los resultados a la propuesta de generalizar el sistema de evaluación a todos los cirujanos y hospitales; desarrolló el programa de estandarización de hospitales “The Minimum Standard” de 1918, donde establecía los estándares mínimos que debía cumplir un hospital, sustentado fundamentalmente en aspectos de estructura. Fue la base de la acreditación.

En los primeros años de desarrollo de los programas de calidad globales, estos estaban centrados en aspectos de la estructura, no obstante, existía una preocupación individual de los profesionales por conocer los resultados en el paciente tras la atención, si bien existían dificultades para conocer los resultados globales de los centros.

## La época del control de calidad (1930-1970)

En esta etapa el control de calidad está centrado en la medición de la calidad del producto o del servicio y la construcción de métodos para detectarla.

En la década de los años 30, uno de los hitos más importantes fue la publicación del informe de Lee y Jones sobre los costes de la atención médica que incluía una lista de características de acuerdo a las cuales se debía evaluar la calidad de la atención proporcionada por los profesionales (criterios de la atención sanitaria de calidad, Tabla 1.2).

**Tabla 1.2.** Criterios de la atención sanitaria de calidad. Lee y Jones.

La buena atención médica:

1. Se limita a la práctica de la medicina racional basada en la ciencia médica.
2. Enfatiza en la prevención.
3. Requiere la cooperación inteligente entre el público y los profesionales que practican una atención científica.
4. Trata al individuo como un todo.
5. Mantiene una relación estrecha y continuada entre el médico y el paciente
6. Se coordina con el trabajo social.
7. Coordina todo tipo de servicios médicos.
8. Implica la aplicación de todos los servicios necesarios de la medicina moderna y científica a las necesidades de todas las personas.

Cada vez más hospitales participaron en el programa de acreditación de hospitales establecido por Codman y el colegio americano de cirujanos. En la época de los 50-60 la aportación más significativa fue la realizada por el cirujano Paul Lemboke que desarrolló un nuevo método para evaluar la calidad: el *audit* médico. Preocupado por la variabilidad de la práctica estableció lo que fue el desarrollo de los criterios explícitos que permitían la comparación entre centros y profesionales. La generalización de los estudios de los *audits* sentó las bases para el desarrollo de las comisiones clínicas en los centros.

En 1951, se constituyó la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations continuando con el programa de acreditación de hospitales y se comenzó con los primeros estudios de proceso. En 1964 Marie Phaneuf desarrolló el *audit* de Enfermería basado en siete funciones clave del trabajo de Enfermería, usado en los centros de EE UU durante décadas.

En este periodo el énfasis de los estudios de calidad estuvo en la mejora de los procesos de atención y la autoevaluación de los profesionales. En las décadas siguientes empiezan a coexistir con los estudios de resultados comenzando la polémica sobre la implantación de programas cuyo principal enfoque sean los procesos o los resultados.

## Garantía de calidad o aseguramiento de la calidad (1970-1990)

Comienza un periodo que engloba el cumplimiento de procesos y resultados de acuerdo a una norma, en la que la dirección busca motivar a las personas para ofrecer un producto cada vez mejor.

La década de los años setenta fue uno de los periodos más prolíficos en el desarrollo de la calidad. Fueron los años del desarrollo de los métodos de evaluación de los resultados. En 1972 se creó la PSRO (Professional Standards Review Organizations) que evaluaba la adecuación de los ingresos, estancias de pacientes y el tratamiento recibido durante la hospitalización mediante el análisis de casos. Se crearon comités de análisis de casos constituidos por enfermeras o expertos en documentación que revisaban criterios explícitos muy detallados en las historias clínicas de pacientes con patologías concretas, y solo pasaban los casos dudosos a los comités médicos. Estos comités fueron los precursores de lo que en los años 80 fueron los departamentos de calidad de los hospitales, áreas de revisión preliminar de casos formados básicamente por enfermeras cada vez más especializadas.

Un factor clave en el desarrollo de la garantía de calidad fue el trabajo de J. Williamson, centrado en detectar la mejora de la calidad obtenida tras los estudios y no tanto en los procesos de evaluación. Introdujo una nueva metodología con la formulación del concepto de ABNA (*achievable benefit not achieved*, beneficio posible no alcanzado) que mide la diferencia entre los estándares considerados como deseables y la práctica real evaluada mediante la revisión de historias clínicas, la revisión del estado del paciente y el envío de encuestas en el que explicaban su estado de salud.

Según R. Suñol Sala, uno de los autores que más relevancia tuvo en el desarrollo de la calidad en esta época fue R. Brook que estableció el seguimiento de pacientes a largo plazo después de la atención sanitaria y demostró la baja correlación entre el proceso y los resultados de la asistencia. El desarrollo de los métodos de evaluación del proceso y los resultados conllevó una polémica sobre cuál de los dos medía más efectivamente la calidad de la asistencia. Los partidarios de la evaluación de los procesos defienden que los resultados dependen de muchas variables y que algunas de ellas no están en manos de la atención sanitaria, y los partidarios de los resultados manifiestan que la evaluación de los procesos, en ocasiones, es excesivamente compleja y que lo que realmente importa es la atención que se proporciona a los pacientes.

Respecto a esta cuestión, Donabedian concluyó que la validez de una medida no reside en que sea de proceso o resultado, sino en lo que se sabe sobre su relación. Los elementos del proceso solo pueden usarse como indicadores de calidad si tienen una relación válida con los resultados deseados, y lo mismo ocurre con los resultados: "Si existe relación se puede usar cualquier medida de proceso o resultado dependiendo de cuál sea más fácil de obtener, si no existe relación, ninguna es válida".

En esta época también se desarrollaron diferentes modelos de evaluación de la calidad principalmente por parte de asociaciones de enfermería, que se generalizaron sobre todo en hospitales. El enfoque hacia los resultados de la atención incluyó también los estudios de opinión de los pacientes atendidos.

En el continente europeo se creó en 1979, la CBO holandesa (organización para el desarrollo de calidad) a partir de la cual muchos países iniciaron planes de calidad, y los estados miembros de la OMS en su sección europea organizaron un grupo de trabajo y diseñaron la estrategia para introducir la garantía de calidad en los sistemas sanitarios.

A mediados de los ochenta los programas de calidad existían en los centros de forma parcelada, es decir, en diferentes grupos que se ocupaban de diferentes aspec-

tos de los programas de mejora: los sistemas de gestión de centros se centraban en la utilización de recursos, el colectivo médico se encargaba de la revisión de casos, la enfermería evaluaba de forma periódica su trabajo, existían sistemas de prevención de riesgos y los departamentos de relaciones públicas se encargaban de los estudios de opinión del paciente. A partir de 1986 la Joint Commission requirió que todos los centros contaran con programas de calidad globales y no solo de determinadas áreas.

En España algunos de los acontecimientos en torno a la calidad asistencial fueron: la creación en 1984 de la Sociedad Española de Calidad; la inclusión en la Ley General de Sanidad de una de las características fundamentales del Sistema Nacional de Salud: “La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados”.

En 1989 D. Berwick propugna el Continuous Quality Improvement, como un modelo de mejora de la asistencia sanitaria extrapolado del modelo industrial.

### **La Mejora Continua de la Calidad (MCC) o Calidad Total (QT). Del año 1990 hasta ahora**

Este periodo está caracterizado por tratar la calidad como un elemento estratégico de la empresa y relacionarlo con el resto de elementos de la gestión, tener en cuenta el conocimiento y satisfacción de las necesidades y expectativas de sus clientes, sus empleados, entidades financiadoras, y la sociedad en general.

Según R. Suñol Sala, a finales de la década de los ochenta se incorpora al campo sanitario el concepto de gestión de la calidad y mejora continua de la misma, bajo la influencia de teorías del mundo de la industria, entre otros de Deming, Juran y Crosby.

La mejora continua de la calidad o calidad total se entiende como el “compromiso y el método necesarios para mejorar de forma continua cada proceso en cualquier parte de la organización con el propósito de alcanzar y superar las expectativas y necesidades de los clientes”. Una de las características más importantes es su enfoque hacia toda la organización.

Las primeras experiencias publicadas sobre la mejora continua de la calidad en la industria se le atribuyen a W. Shewhart, siendo una de sus contribuciones más importantes el ciclo de mejora PDCA (*Plan, Do, Check, Act*). Deming es otro de los defensores de la Mejora Continua de la Calidad y es mundialmente conocido por los 14 puntos para la gestión de la mejora de la calidad (Tabla 1.3). Deming defiende que la dirección tiene la responsabilidad final sobre la calidad y que los principales problemas de calidad son más susceptibles a la mejora si se lideran por la dirección que por los trabajadores. Hace hincapié en los procesos, en el proceso continuo de mejora y en el análisis estadístico de datos objetivos.

**Tabla 1.3.** Los catorce puntos de Deming.

1. Crear un compromiso con el propósito de mejorar continuamente el producto o servicio. La alta dirección debe adquirir un compromiso firme y con una perspectiva a largo plazo de mejora de la calidad: misión, visión, estrategia.

(Continúa)



*(Continuación)*

2. Adoptar la nueva filosofía en todos los ámbitos de trabajo:
  - Los problemas son oportunidades de mejora.
  - Los problemas no son excusas para echar las culpas a los demás.
  - No esperar resultados a corto plazo.
  - Estilo de dirección participativa, flexible y que facilita la comunicación interna.
3. Eliminar la inspección como forma de conseguir calidad, pasando a “construir” calidad. Pasar de la inspección a la prevención de los problemas. La inspección no conlleva mejora en sí misma.
4. Mejorar continuamente los procesos sin detenerse jamás. No hay razón para repetir los mismos errores. Los propios procesos y su diseño nos indican dónde mejorar. Reducir la variabilidad de los procesos.
5. El objetivo es minimizar el coste total, no el inicial.
6. Mejora continua de cada proceso de planificación, producción y servicio.
7. Establecer métodos modernos de formación en todos los trabajos. Formación continuada y formación en metodología de la calidad.
8. Adoptar un estilo de liderazgo basado en ayudar a la gente a trabajar mejor. Los líderes deben centrarse en mejorar el sistema.
9. Alejar el miedo de la organización. El miedo va unido al fracaso, produce inseguridad y los trabajadores se preocupan más de seguir las reglas que de hacer aportaciones.
10. Romper barreras entre departamentos y estamentos.
11. Eliminar eslóganes que reclamen mejoras de calidad sin que se acompañen de métodos útiles para conseguirlo.
12. Eliminar cuotas numéricas para la producción de los trabajadores y la gestión por objetivos cuantitativos de trabajo.
13. Eliminar las barreras que impiden que los individuos se sientan orgullosos de su trabajo.
14. Implantar un programa enérgico de formación y automejora y poner a todo el mundo a trabajar en la transformación de la organización.

Otro precursor de la mejora continua de la calidad es J.M. Juran con su Trilogía de la Calidad (Tabla 1.4):

**Tabla 1.4.** Trilogía de Juran.

- 1) PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD
  - Identificar a los clientes.
  - Determinar las necesidades de los clientes.
  - Desarrollar productos para los clientes.
  - Desarrollar procesos para producir los productos.
  - Transferir los planes a las fuerzas operativas.
- 2) CONTROL DE CALIDAD
  - Evaluar el desempeño profesional.
  - Comparar el desempeño con los objetivos.
  - Actuar sobre las diferencias.

*(Continúa)*

*(Continuación)*

<p>1) PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar a los clientes.</li> <li>- Determinar las necesidades de los clientes.</li> <li>- Desarrollar productos para los clientes.</li> <li>- Desarrollar procesos para producir los productos.</li> <li>- Transferir los planes a las fuerzas operativas.</li> </ul> <p>2) CONTROL DE CALIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar el desempeño profesional.</li> <li>- Comparar el desempeño con los objetivos.</li> <li>- Actuar sobre las diferencias.</li> </ul> <p>3) MEJORA DE LA CALIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer la infraestructura.</li> <li>- Identificar las necesidades para los proyectos de mejora.</li> <li>- Establecer los equipos de mejora, proporcionarles recursos, formación y motivación.</li> </ul>
--

Crosby pone el énfasis de la calidad en el concepto de “cero defectos” y ello se consigue con la mejora continua y la prevención de problemas. Con sus cuatro principios de la calidad responde a las preguntas de ¿qué es la calidad? y ¿qué se necesita para alcanzar la calidad? (Tabla 1.5).

**Tabla 1.5.** Principios de la Calidad de Crosby.

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conformidad con los requisitos: “hacer las cosas bien a la primera”.</li> <li>2. La prevención de los defectos debe ser el único enfoque aceptable.</li> <li>3. El único estándar profesional debe ser “cero defectos”.</li> <li>4. La mejor medida de la calidad es su coste.</li> </ol>
---

Después de la segunda guerra mundial tuvo lugar en Japón un desarrollo importante de la garantía de la calidad. Deming y Juran fueron determinantes para el desarrollo de la calidad en todos los sectores de la industria. A partir de los años 60, autores como G. Taguchi y K. Ishikawa trabajaron en la mejora continua de la calidad haciendo sus propias contribuciones, entre las cuales podemos destacar: total participación de todos los miembros de la organización, el próximo paso en el proceso es su cliente así como el paso precedente es su proveedor, énfasis en equipos participativos, comenzando con los círculos de calidad, auditorías de calidad, énfasis en la educación y utilización rigurosa de la estadística.

A principios de los años noventa se inicia el traslado de algunas experiencias industriales al sector sanitario demostrando que las técnicas de mejora de la calidad utilizadas en la industria podían ser aplicadas en las organizaciones sanitarias. Se pone de manifiesto que la mejora continua de la calidad es un esfuerzo integrado enfocado a los clientes y no a los profesionales, que la toma de decisiones debe estar basada en los datos, que las personas que están más cerca de los procesos implicados deben participar en el análisis y la toma de decisiones, que en las organizaciones debe existir un modelo de gestión participativa donde se realice formación continuada para todos los profesionales y que se debe establecer una

estructura y organización que de soporte a las actividades que surjan desde un equipo de mejora de la calidad. La mejora continua de la calidad se resume en los siguientes principios (Tabla 1.6):

**Tabla 1.6.** Principios de la Mejora Continua de la Calidad.

1. La MCC se centra en la misión de la organización.
2. Orientada al cliente interno y externo. Antes de la MCC la calidad se definía desde una perspectiva estrictamente profesional. La MCC entiende la calidad solamente si se conocen las necesidades de los clientes (internos-profesionales y externos-pacientes).
3. Compromiso de los líderes. Según Berwick, Godfrey y Roessner: *“la MCC puede brotar desde los profesionales, pero solamente los líderes pueden conseguir que arraigue como una estrategia global de la organización”*.
4. Co-responsabilización o *empowerment*. La toma de decisiones debe realizarse lo más cerca posible de los profesionales. Promocionar la participación y compartir la autoridad.
5. Participación de todas las personas.
6. Mejora continua: cualquier proceso se puede mejorar siempre. La calidad no es un destino sino un viaje continuo.
7. Enfocada a los procesos. Los problemas de calidad son frecuentemente más resultado de un error de los procesos que de un error de las personas.
8. Aplicable a todas las actividades de la empresa.
9. Basada en los datos que son esenciales para identificar la variabilidad de los procesos. Convertir los datos en información.
10. Cuenta con herramientas de mejora. Ciclo de mejora continua de la calidad.
11. Tiene en cuenta los costes de la calidad.
12. Pone el énfasis en los cambios de actitud (*do it right the first time*).

La mejora continua de la calidad es una filosofía que implica proceso lento de cambio en la cultura de la organización. Varios son los modelos de Calidad Total (Modelo Deming, 1951-Japón, Modelo Malcom Balrigde, 1987-EE UU, Modelo EFQM de Excelencia, 1988-Europa, Norma ISO 9000/2000, y los estándares internacionales de acreditación para hospitales de la Joint Commission International) que se han desarrollado como una estrategia o modelo de gestión de la empresa en el que la gestión de la calidad conlleva un aprendizaje continuado que consigue no solo el desarrollo de la empresa y la mejora de la calidad sino el del propio individuo.

Un resumen de las características de los sistemas de gestión de calidad revisados aparece en la Tabla 1.7 y en la Figura 1.4: