



8.- LA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL MODELO DE CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA .

8.1.- Introducción.

8.1.1.- El Plan de Calidad del SESCAM.

La calidad como compromiso institucional.

En el Decreto 1/2002 sobre la estructura orgánica y funciones del SESCAM se establece que es competencia de la Gerencia el establecimiento de políticas encaminadas al fomento de la calidad en la atención sanitaria de los ciudadanos de Castilla la Mancha. Por su parte, el Plan de Salud de Castilla la Mancha 2001-2010 obliga a alcanzar un modelo integrado de resolución de los problemas de salud, dirigido a conseguir la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias con niveles de excelencia. Uno de los objetivos de este Plan señala que se deben conocer los niveles de calidad alcanzados en los centros y servicios sanitarios que configuran el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, así como el nivel de satisfacción de los usuarios. Por lo tanto, el Plan de Calidad no debe descuidar el aspecto tradicional de medida, es decir, la evaluación anual de una serie de objetivos considerados claves.

El Sistema Nacional de Salud se ha configurado como una amplia red asistencial descentralizada. Este nuevo marco de gestión permite acercar la asistencia a las necesidades de los ciudadanos. La mayor proximidad al usuario debe permitir que sus demandas y preferencias sean más importantes en el diseño de los servicios asistenciales, aumentando su capacidad de decidir acerca del sistema sanitario. El marco global asegura que todos los Servicios de Salud deben buscar la mejora continua y tender hacia la excelencia.

De la mejora de la calidad a la gestión de la calidad total.

Los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas tienden a adoptar un Modelo de Gestión de la Calidad Total, de forma que todas las actividades de la organización estén orientadas a obtener mejores resultados y a alcanzar un nivel de excelencia en la prestación de los servicios. El Plan de Calidad del SESCAM se orienta hacia un modelo de gestión de la European Foundation for Quality Management (EFQM), contribuyendo al desarrollo de los objetivos fijados por el Plan de Salud de Castilla la Mancha 2001-2010. Este Plan de Calidad compatibiliza la experiencia previa acumulada por el INSALUD y el SESCAM, con las nuevas tendencias en gestión de la calidad. El Plan de Calidad no es exhaustivo, sino que aborda una serie de objetivos de mejora clave, en un esfuerzo coordinado con el resto de Objetivos de la Institución.



El Plan de Calidad del INSALUD-SESCAM 2003

En el año 2002 se diseñó un Plan de Calidad integrado para el SESCAM, que contemplaba objetivos de mejora en Atención Primaria, Atención Especializada y Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario. Este Plan de Calidad actualizaba diversos aspectos de las experiencias de mejora previas. Su principal novedad era ofrecer una visión integrada de los esfuerzos de mejora de la calidad a todos los niveles. El Plan de Calidad del año 2003 se estructuraba en: objetivos institucionales, objetivos de Atención Primaria, estándares, objetivos e indicadores de Atención Especializada, objetivos de Urgencias y Emergencias, y objetivos de continuidad de cuidados.

El diseño del nuevo Plan de Calidad del SESCAM 2004

A lo largo del año 2003, dos grupos de trabajo constituidos por profesionales expertos en calidad asistencial de diversos ámbitos del SESCAM, y por un representante de los usuarios, trabajaron conjuntamente con el Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria del SESCAM en el diseño del nuevo Plan de Calidad 2004. Este nuevo plan simplificaba la estructura del anterior, si bien mantenía casi todos los objetivos e incorporaba algunos nuevos. Estos últimos venían dados por compromisos del SESCAM con la Consejería de Salud; por avances legislativos; y por aportaciones y sugerencias planteadas en los grupos de trabajo y por los coordinadores y responsables de calidad de los centros del SESCAM a lo largo del año 2003.

El Plan de Calidad seguía teniendo en cuenta los elementos esenciales de la gestión de la calidad total: liderazgo, mejora continua, adhesión de los profesionales, circulación de la información, mejora de procesos, costes económicos, y satisfacción del paciente.

En el Plan de Calidad 2004, casi todos los antiguos objetivos y estándares se transformaron en objetivos de mejora. Dichos objetivos se clasificaron siguiendo el modelo EFQM, según los criterios y subcriterios correspondientes. En cada criterio, se introdujo primero el modelo de forma literal, y posteriormente, se explicitaron los objetivos del Plan de Calidad del SESCAM que correspondían a dicho criterio (ordenados por subcriterios). Al final, se mantuvo un apartado específico de monitorización de indicadores. Por lo tanto, no se trataba de aplicar el modelo EFQM de forma estricta, sino de utilizarlo como referencia para clasificar los objetivos que se venían evaluando en el Plan de Calidad anterior (y los nuevos).

El Plan de Calidad ha estado centrado tradicionalmente en la actividad desarrollada por los profesionales sanitarios. El nuevo Plan de Calidad trata de ir incorporando progresivamente



a todos los trabajadores de la organización. Por ello, se continúa ampliando el ámbito de algunos de los objetivos para incluir a los servicios y áreas no asistenciales del SESCAM.

Estructura del Plan de Calidad 2005

El Plan de Calidad del 2005 es una continuación del Plan del año anterior, con algunas mejoras. Se incorporan objetivos nuevos y se elimina algún objetivo previo.

Se adapta el Plan de Calidad al Modelo EFQM en su versión 2002, que presenta algunos cambios (pocos) respecto a la versión anterior de 1999. La nueva versión incluye un nuevo subcriterio (1e, los líderes definen e impulsan el cambio en la organización), lo que afecta a dos objetivos del Plan de Calidad del SESCAM (Objetivo 1e.1 y 1e.2). Además, Dentro del Criterio 2 de política y estrategia, desaparece el Subcriterio 2e en la nueva versión EFQM como apartado independiente, pero queda englobado en el subcriterio 2d. En este caso, no se ve afectado el Plan de Calidad del SESCAM.

Cada objetivo debe ser abordado desde uno o varios niveles (raramente desde todos a la vez): Atención Primaria, Atención Especializada, Urgencias y Emergencias, Oficinas Provinciales de Prestaciones y Servicios Centrales.

A lo largo del próximo año será necesario hacer un esfuerzo para aumentar la participación de las Oficinas Provinciales de Prestaciones en el Plan de Calidad. Los objetivos se dividen en dos grandes grupos: los incluidos en el Contrato de Gestión, que deben ser evaluados durante el año 2005 (la mayoría), y los objetivos complementarios, cuya evaluación es voluntaria (aunque su abordaje será tenida también en cuenta de alguna manera).

Los indicadores de actividad anual (proyectos de mejora registrados, reuniones de las comisiones clínicas, etc.) deben recoger la realizada desde el 1 de octubre de 2004 al 30 de septiembre de 2005).

Evaluación del Plan de Calidad 2005

La adaptación al modelo EFQM no ha contemplado aplicar la metodología de evaluación propia de dicho modelo. Se seguirá aplicando la evaluación tradicional utilizando la metodología ya desarrollada. Ello no impide que los centros que lo consideren oportuno, puedan aplicar una autoevaluación o una evaluación externa EFQM, complementaria a la institucional.



Todos los objetivos del Plan de Calidad 2005 deben ser evaluados antes del 30 de septiembre de 2005, para poder disponer de los resultados en la negociación del Contrato de Gestión del año siguiente. La metodología de evaluación es similar a la desarrollada en los últimos años, y se incluye en este documento. Por lo tanto, ya no existirá un documento con el Plan de Calidad y otro con la Metodología de Evaluación: ambos se funden en este plan. En cada objetivo se incluyen dos apartados:

METODOLOGÍA DE MEJORA

Consiste en experiencias, estrategias y herramientas que permiten obtener mejoras en el área de interés. No todas las experiencias son aplicables a todos los niveles asistenciales.

METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La medición del grado de cumplimiento de los objetivos del Plan de Calidad 2005 sigue la misma metodología del Plan de Calidad 2004. Esta metodología se basa en la autoevaluación, que es una de las herramientas más importantes en la mejora de la calidad asistencial, aunque no se sigue la metodología de autoevaluación propia del EFQM.

Para cada objetivo se han establecido uno o varios indicadores. Estos indicadores se clasifican, según el tipo de variable que representa la característica que se pretende evaluar, en las siguientes categorías:

- **Indicador dicotómico:** La condición que se pretende medir se cumple o no se cumple. P. e.: ¿Existe un coordinador de calidad?.
- **Indicador ordinal:** En estos casos, el centro aplicará una escala cualitativa, señalando en que nivel se encuentra. Dicha escala se basa en la utilizada por la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* en la evaluación de sus estándares. Se tomarán como referencia los criterios de buenas prácticas. El nivel que se adjudique al centro en la evaluación final deberá estar basado en argumentos sólidos y mostrarse debidamente documentado. Ambos serán requeridos si el hospital o el Área es objeto de una auditoría para verificación de los resultados.

A continuación se especifica la escala que se debe aplicar, con la descripción del nivel de cumplimiento y la categoría que se asigna a ese nivel. Cada centro lo debe cumplimentarla según su interpretación en función del número de criterios de buenas prácticas que se cumplan para cada objetivo.



Nivel de cumplimiento	Símbolo
Cumplimiento sustancial. El Área/hospital/centro cumple debidamente con los principales criterios de buena práctica relacionados con el objetivo.	1
Cumplimiento significativo. El Área/hospital/centro cumple la mayoría de los criterios de buena práctica.	2
Cumplimiento parcial. El Área/hospital/centro cumple con algunos de los criterios de buena práctica.	3
Cumplimiento mínimo. El Área/hospital/centro cumple pocos de los criterios de buena práctica.	4
No cumplimiento. El Área/hospital/centro no cumple con los criterios de buena práctica.	5
No aplicable. El objetivo no es aplicable en el Área/hospital/centro.	6

- **Indicador cuantitativo:** El indicador representa una proporción de eventos o casos que cumplen el requisito establecido para el objetivo, en relación con el número de eventos posibles (Por ejemplo, del total de pacientes con sondaje vesical, cuántos se han sondado de acuerdo a protocolo). Estos indicadores se obtienen, bien a partir de una población de sucesos o eventos, bien de una muestra representativa, aplicando una fórmula determinada para calcular la proporción.

- **Indicador porcentual:** Se trata de un caso particular de indicador cuantitativo, que representa el porcentaje de eventos favorables (que cumplen en objetivo) como porcentaje del total de eventos posibles.

Los indicadores se representan mediante una tabla que sigue el siguiente esquema:



Nombre del indicador:	Descripción del indicador
Tipo de indicador:	Dicotómico/Ordinal/Cuantitativo/Porcentual
Dimensión de la calidad:	Dimensión afectada (accesibilidad, calidad científico técnica, calidad percibida, etc.)
Objetivo:	Número que represente el objetivo que se pretende evaluar
Unidad de análisis:	Gerencia de A.P./Hospital/Gerencia de Urgencias, Emergencias y T. Sanitario/ Oficina Provincial de Prestaciones/Servicios Centrales
Tipo de objetivo:	Obligatorio (incluido en el contrato de gestión) o Voluntario (no incluido)
Nivel pactado (Estándar)	En el caso de objetivos obligatorios, grado que se debe alcanzar, según lo acordado en el contrato de gestión.
Justificación	Resumen de la hipótesis teórica y/o pruebas empíricas en las que se basa el indicador.
Fórmula	Cálculo que hay que realizar para obtener el indicador (indicadores cuantitativos y porcentuales)
Explicación de términos	Descripción de las variables que intervienen en la fórmula
Población / muestra	Descripción de la población (y en su caso la muestra) que representa el indicador
Fuente de datos	Resumen de los medios utilizados para obtener el indicador
Resultado obtenido	I. dicotómico : Sí / No / No aplicable I. ordinal : 1/2/3/4/5/6 I. cuantitativo : Proporción / No aplicable I. porcentual : Porcentaje / No aplicable

El Plan de Calidad de los centros

Los objetivos planteados en este documento no agotan necesariamente el Plan de Calidad propio de los centros. Cada Gerencia, hospital, etc., puede decidir contar con un Plan de Calidad más amplio, que evalúe aspectos complementarios a los recogidos en el Plan de Calidad Institucional. Asimismo, puede trabajar para conseguir la certificación de algún Servicio mediante las Normas ISO. Otra posibilidad es realizar una autoevaluación EFQM. Para ello, existen herramientas muy útiles, como la Guía de Autoevaluación en Atención Primaria del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL).

8.1.2.- El Modelo EFQM de Excelencia

En nuestro país conviven tres grandes modelos de gestión de la calidad. Las normas ISO proceden de la estandarización y certificación de servicios, originalmente industriales. El sistema de acreditación de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) es el único sistema con un origen específicamente sanitario. El modelo de la



European Foundation for Quality Management (EFQM) procede de la aplicación de los principios de la calidad total a las empresas europeas, introduciendo la cultura europea en algunos aspectos que no habían sido contemplados por los modelos americano y japonés.

Después de la culminación de las transferencias sanitarias, varias Comunidades Autónomas ya han decidido adoptar un modelo concreto de gestión de la calidad asistencial. En general, el modelo más difundido es el EFQM, como se comprueba en la siguiente tabla.

CCAA	Modelo
Andalucía	Gestión por Procesos Asistenciales Integrados ¹⁶ . Modelo Integral de Gestión por Competencias. Modelo de Acreditación de Andalucía (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía)
Aragón	Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el SALUD ¹⁷ . EFQM. Autoevaluación Objetivos de calidad en el Contrato de Gestión. Estándares de la Joint Commission Internacional Accreditation (JCI)
Asturias	Modelo propio, basado en el EFQM y aspectos del IOM (Institute of Medicine), integrando el Plan de Salud.
Baleares	Plan Marco de Calidad. No hay modelo establecido. Autonomía hospitalaria. Gestión de procesos avanzada en algunos hospitales.
Canarias	Objetivos e indicadores por servicio. Gestión de procesos (vías clínicas).
Cantabria	Autoevaluación EFQM en hospitales y Atención Primaria ²⁰ . Fusión de objetivos e indicadores de calidad con los de actividad (desaparece el Anexo de Calidad del Contrato de Gestión).
Castilla La Mancha	Plan de calidad del INSALUD actualizado, integrando niveles asistenciales ²¹ . Adaptación parcial al modelo EFQM. Diversas iniciativas.
Castilla y León	EFQM como modelo de la Administración Regional. SACYL: experiencias puntuales de autoevaluación según modelo EFQM. Guía de Autoevaluación en Atención Primaria ²² . Líneas de actuación en mejora de la calidad. Futura Agencia de Acreditación Sanitaria
Cataluña	Amplia experiencia previa en acreditación, aunque siempre interna. Nuevo sistema de Acreditación que combina /EFQM/JACHO/ King's Fund/ISO ²³ , más externo.
Extremadura	Gerencia única de Área. Plan Marco de Calidad. Continuidad autorización-acreditación. Contemplará aspectos de acreditación y gestión de procesos siguiendo el modelo andaluz, aunque también incluirá experiencias EFQM ²⁴ .
Galicia	Iniciativas puntuales variadas. Certificaciones ISO. Evaluación y proyectos de mejora desde la Consejería de Sanidad, siguiendo el modelo EFQM ²⁵ .
Madrid	EFQM. Formación de los equipos directivos. Autoevaluación de Hospitales y Áreas de Atención Primaria.
Murcia	Experiencia EMCA. Plan de Calidad del INSALUD. Objetivos por servicios en Atención Especializada.
Navarra	Objetivos de calidad dentro del contrato programa de Atención Especializada, inspirado en un modelo parecido al EFQM (MAPPA-Horizonte). Programa interno de gestión de la calidad en Atención Primaria. Gestión de procesos clínicos relevantes ²⁶ .
La Rioja	Unidad de Calidad Rioja Salud. Modelo EFQM y gestión de procesos en las fundaciones (Calahorra). Plan de Calidad mixto, en el hospital San Millán-San Pedro ²⁷ .
C. Valenciana	Enfoque integral ²⁸ . Modelo EFQM. (autoevaluación/evaluación externa/acreditación). Creación de un organismo acreditador "independiente" (no lo es tanto).
País Vasco	Amplia experiencia con el modelo EFQM. Autoevaluación, evaluación externa, premios ²⁹ . Plan de Calidad.

El Modelo EFQM nació en 1991 para introducir en Europa la Gestión de la Calidad Total. Constituye un marco de trabajo, no prescriptivo, que pretende difundir la cultura de la excelencia en las empresas europeas. Además, facilita una herramienta para la autoevaluación



que permite medir en qué punto se encuentra la organización en el camino hacia la excelencia y analizar las lagunas que puedan existir para alcanzarla.

El modelo EFQM como marco de trabajo

- Marca una ruta, un camino hacia la Excelencia.
- Permite una visión de conjunto de la organización y a la vez visiones parciales.
- Introduce una herramienta objetiva para el autoanálisis.
- Es un punto de referencia frente a uno mismo y frente a los demás.
- Permite medir el progreso de la organización a través de las autoevaluaciones periódicas.
- Permite compararse con otros que utilizan el mismo modelo.
- Es participativo, implica a todos los estamentos y todas las estructuras de la organización.
- Es un estímulo estructurado para conseguir la mejora continua.

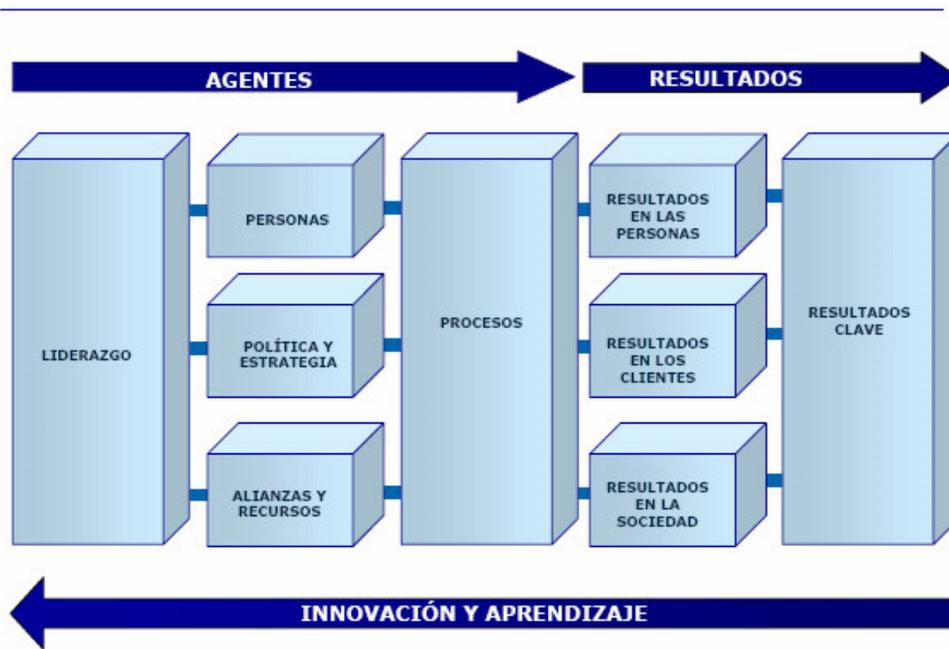
El Modelo EFQM se fundamenta en la Excelencia de los resultados; de modo que las organizaciones verdaderamente excelentes serán aquellas que sean capaces de alcanzar y sostener en el tiempo resultados sobresalientes para todos sus grupos de interés.

La excelencia se define como prácticas sobresalientes en la gestión de la organización, basadas en la aplicación de ocho conceptos fundamentales:

- Orientación hacia los resultados.
- Orientación al cliente.
- Liderazgo y coherencia en los objetivos.
- Gestión por procesos y hechos.
- Desarrollo e implicación de las personas.
- Aprendizaje, Innovación y mejora continuos.
- Desarrollo de alianzas.
- Responsabilidad social.



La estructura del modelo es la siguiente:



Nueve “cajas” que representan cada uno de los criterios que sirven para evaluar el progreso de una organización hacia la excelencia. Cinco de ellos son criterios agentes o facilitadores que indican cómo debe actuar una organización con un sistema de gestión de calidad total (“lo que una organización hace”). Los otros 4 criterios hacen referencia a resultados y reflejan lo que la organización está logrando.

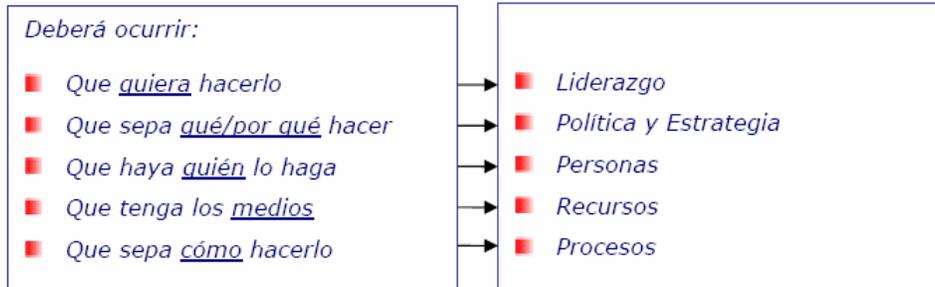
Si bien en las guías de autoevaluación aparecen secuencialmente primero los criterios agentes, y luego los resultados, la base lógica del modelo la constituye el que las organizaciones se centren primero en los resultados obtenidos y en que trabajen los criterios agentes para mejorar los resultados. Para desarrollar los criterios en detalle, cada uno se divide así mismo en un número variable de Subcriterios (32 en total) y estos a su vez en Áreas a abordar. Las áreas a abordar pretenden aportar ejemplos que aclaren el significado del subcriterio (“qué hace la organización para:...”).

El modelo no es prescriptivo e intenta ser un marco para diferentes organizaciones de servicios sanitarios, por tanto, cada centro que lo utilice abordará exclusivamente las áreas que considere pertinentes, e incluirá además todas aquellas que resulten adecuadas en función de los objetivos de su organización.

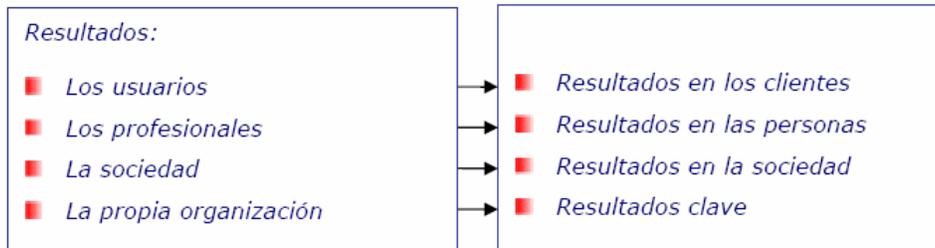
El desarrollo del Modelo Europeo de Calidad, de una forma resumida, sería el siguiente:



Las organizaciones están basadas en las personas; y para conseguir que algo se haga...



...y para saber si se ha conseguido, hay que medir:



8.2.- Objetivos del Plan de Calidad 2005

8.2.1.- Criterio 1. Liderazgo

Los Líderes Excelentes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores y sistemas necesarios para que la organización logre un éxito sostenido y hacen realidad todo ello mediante sus acciones y comportamientos. En periodos de cambio son coherentes con el propósito de la organización; y cuando resulta necesario, son capaces de reorientar la dirección de su organización logrando arrastrar tras ellos al resto de las personas.

Consideraciones clave para el Sector Público:

Este criterio se centra en el papel de los directivos y mandos intermedios, dentro del marco definido por las directrices de la Administración Pública. El modelo no persigue la evaluación de la calidad de las orientaciones políticas sino evaluar la eficacia y la eficiencia en la gestión del centro.



Un elemento clave es el compromiso visible de los líderes y mandos en la definición y apoyo de metas orientadas al cliente, alineadas con los objetivos de la Administración. Es necesario que los líderes muestren un claro entendimiento de quiénes son sus diferentes clientes, cuáles son sus requerimientos, a veces discrepantes, y cómo éstos deben ser compaginados demostrando un claro compromiso tanto con los empleados y los clientes como con la Administración Pública.

1a.) Los líderes desarrollan la misión, visión y valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia dentro de una cultura de Excelencia.

1b.) Los líderes se implican personalmente para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización.

1c.) Los líderes interactúan con clientes, partners y representantes de la sociedad.

1d.) Los líderes refuerzan una cultura de Excelencia entre las personas de la organización.

1e.) Los líderes definen e impulsan el cambio en la organización.

8.2.2.- Criterio 2. Política y Estrategia

Las Organizaciones Excelentes implantan su misión y visión desarrollando una estrategia centrada en sus grupos de interés y en la que se tiene en cuenta el mercado y el sector donde operan. Estas organizaciones despliegan políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.

Consideraciones clave para el Sector Público:

La estrategia considerará la cultura interna, la estructura y las actividades a corto y largo plazo teniendo en cuenta las prioridades, el rumbo que sigue la organización y las necesidades de todos los grupos de interés, incluyendo aquí las directrices establecidas por la Administración Pública.

La estrategia debe reflejar los principios de gestión de calidad total de la organización y el modo de alcanzar sus objetivos a través de estos principios. Las organizaciones deben definir su estrategia, incluidos sus planes y procesos, mostrando cómo se adecuan, como un todo coherente, desde las directrices que establecen los planes de salud y los planes estratégicos de los organismos a los que pertenecen a sus circunstancias particulares.

Los principios de calidad total que deben ser considerados son:

- Orientación al cliente.



- Orientación hacia resultados.
- Liderazgo y constancia en objetivos.
- Gestión por procesos y hechos.
- Desarrollo e implicación de las personas.
- Aprendizaje, innovación y mejora continua.
- Desarrollo de alianzas.
- Responsabilidad social.

2a.) La política y estrategia se basa en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés.

2b.) La política y estrategia se basa en la información de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas.

2c.) La política y estrategia se desarrolla, revisa y actualiza.

2d.) La política y estrategia se comunica y despliega mediante un esquema de procesos clave.

2e.) Comunicación e implantación de la política y estrategia.

8.2.3.- Criterio 3. Personas.

Las Organizaciones Excelentes gestionan, desarrollan y hacen que aflore todo el potencial de las personas que la integran, tanto a nivel individual, como de equipos o de la organización en su conjunto. Fomentan la justicia e igualdad e implican y facultan a las personas. Se preocupan, comunican, recompensan y dan reconocimiento a las personas para, de este modo, motivarlas e incrementar su compromiso con la organización logrando que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.

Consideraciones clave para el Sector Público:

El hecho de que muchos centros del Sector Público cuenten con restricciones que provienen de la Administración, ya sea central, local o de ambas, en la gestión del personal, conlleva que estas organizaciones puedan únicamente operar dentro de unos límites predefinidos. Cuando sea apropiado, deben mostrar cómo tratan de lograr la ampliación de sus atribuciones en beneficio de la organización y de sus miembros.



Como personas de la organización se entiende a todos los trabajadores que ofrecen, directa o indirectamente, un servicio a los clientes. El conocimiento es la información que posee valor para la organización.

- 3a.) Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.
- 3b.) Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización.
- 3c.) Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización.
- 3d.) Existencia de un diálogo entre las personas y la organización.
- 3e.) Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización.

8.2.4.- Criterio 4. Alianzas y Recursos

Las Organizaciones Excelentes planifican y gestionan sus alianzas externas, sus proveedores y sus recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Durante la planificación y al tiempo que gestionan sus alianzas y recursos, establecen un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización, la comunidad y el medio ambiente.

Consideraciones clave para el Sector Público:

Las organizaciones que pertenecen a la Administración Pública suelen estar sujetas a mayores restricciones y legislación que las organizaciones del sector privado, a las que se deben adecuar al gestionar sus recursos. Así mismo hay que tener en cuenta que la capacidad de las organizaciones de la Administración Pública para generar recursos adicionales puede estar limitada al igual que también puede estarlo su libertad para asignar o reasignar sus fondos a aquellos servicios que desea proporcionar. Dentro del grado de autonomía de decisión de cada organización, debe evaluarse cómo se gestionan los recursos para servir de apoyo a la estrategia de la misma.

Pueden ser considerados como “parteners” (en el caso de un hospital), los siguientes: hospitales del entorno, socios, universidad, colaboraciones en docencia, investigación y formación, proveedores, suministradores de servicios, clientes, etc...

- 4a.) Gestión de las alianzas externas.
- 4b.) Gestión de los recursos económicos y financieros.



4c.) Gestión de los edificios, equipos y materiales.

4d.) Gestión de la tecnología.

4e.) Gestión de la información y del conocimiento.

8.2.5.- Criterio 5. Procesos

Las Organizaciones Excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos para satisfacer plenamente a sus clientes y a otros grupos de interés y generar cada vez mayor valor para ellos.

Se entiende por Proceso toda secuencia de actividades que añaden valor a un producto o varias entradas para producir una salida deseada. En cualquier organización, existe una red de procesos que precisan gestionarse y mejorarse. Entre los procesos están aquellos que son críticos o claves para el éxito estratégico de la organización y la obtención de sus resultados.

Estos procesos, que deben ser identificados, normalmente traspasan los límites funcionales y departamentales y requieren especial atención. Se suele establecer un propietario del proceso, con responsabilidad sobre el mismo, que se ocupe de su gestión y mejora, coordinando a las partes implicadas.

5a.) Diseño y gestión sistemática de los procesos.

5b.) Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor.

5c.) Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes.

5d.) Producción, distribución y servicio de atención, de los productos y servicios.

5e.) Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.

8.2.6.- Criterio 6. Resultados en los Clientes

Las Organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a sus clientes.



Los clientes externos son los receptores o beneficiarios de la actividad, productos o servicios de los centros sanitarios (Atención Primaria, Especializada y Hospitales). Estos incluyen, por ejemplo, pacientes, familiares y allegados, y ciudadanos.

Cuando hace referencia a servicios que tienen otros destinatarios, además de los clientes externos de la organización (caso de los servicios generales o centrales de un centro), deberán ser considerados aquellos (en ocasiones trabajadores u otros profesionales del centro o de la organización sanitaria) como clientes al enfocar este criterio. Un ejemplo concreto es el médico de atención primaria que hace las funciones de cliente externo para la atención especializada, o el médico internista que recibe informes del Servicio de Radiodiagnóstico.

6a.) Medidas de percepción. Utilizar alguna encuesta de satisfacción del usuario (Objetivo del Plan de Salud de Castilla la Mancha 2001-2010).

La calidad percibida constituye uno de los puntales básicos de la mejora continua de la calidad, puesto que en definitiva la asistencia sanitaria gira en torno al paciente, es el centro de atención de la organización sanitaria. Según Deming: “una organización sólo alcanzará el éxito a medio plazo si es capaz de comprender y mejorar continuamente su capacidad de satisfacer y superar las necesidades y expectativas de sus clientes”. Conocer la opinión de los pacientes permite detectar aspectos de la atención susceptibles de ser mejorados y adaptar los servicios de salud a sus necesidades.

Todos los modelos de gestión de la calidad total actuales están orientados hacia el cliente.

Para diseñar un servicio adecuado, es necesario documentar las preferencias y expectativas de los pacientes de la forma más objetiva posible. Los pacientes tienen unas expectativas sobre la calidad de la atención sanitaria, basadas en su experiencia, la información recibida de otras personas y de los medios de comunicación, así como de la oferta realizada por el sistema sanitario. Estas expectativas van cambiando con el tiempo, y generalmente van aumentando. La relación entre la calidad esperada y la percibida condiciona el grado de satisfacción.

La satisfacción es el resultado de la diferencia entre las expectativas (esperanza de conseguir) que poseía el paciente de la asistencia sanitaria y las percepciones de la experiencia una vez recibida. “lo que el paciente esperaba de un servicio y lo que realmente ha recibido”. Es la Teoría de la Desconfirmación (la más dominante en los modelos de satisfacción no sanitarios). Un objetivo específico del Plan de Salud de Castilla la Mancha 2001-2010 es implantar un sistema de consulta directa a los usuarios que recoja su grado de satisfacción antes del año 2004.



Las encuestas de satisfacción no son un fin en sí mismas sino que fueron diseñadas con un propósito en concreto: evaluar la situación actual para detectar oportunidades de mejora, y adoptar las medidas necesarias que mejoren la calidad de la asistencia sanitaria, centrada y orientada hacia el paciente.

Además de las encuestas y estudios de opinión, uno de los métodos existentes para “escuchar a voz del cliente” es la medición indirecta de la satisfacción, a través de la recogida y análisis de las quejas y reclamaciones que interponen los usuarios.

Como organización orientada al paciente, el SESCAM también debe gestionar la información obtenida a partir de estas vías, como un proceso clave que permitirá la detección de posibles insuficiencias, traduciendo esta información en oportunidades de mejora.

El pasado 28 de febrero el DOCM publicó la Orden de 20 de febrero de la Consejería de Sanidad que regulaba el procedimiento para la tramitación y gestión de las reclamaciones, quejas, iniciativas y sugerencias sobre el funcionamiento de los servicios, centros y establecimientos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, modificando y adaptando la normativa vigente en esta materia (Resolución de 10 de junio de 1992 de la Secretaría General para el Sistema Nacional de Salud). La Orden aprueba un modelo oficial para la presentación de las mismas, establece la competencia para resolver y determina unos plazos máximos de respuesta al usuario. Mediante una Resolución posterior del Director Gerente del SESCAM se ha aprobado la clasificación propuesta y establece la periodicidad para la recogida, análisis y envío de información desde las correspondientes áreas.

En estos momentos se está finalizando la elaboración de una aplicación informática “ad hoc” que facilitará todo el proceso de recogida, clasificación y codificación, para su posterior análisis.

En su conjunto, el sistema debe ser un mecanismo adicional a los existentes que permita a los gestores y responsables del SESCAM detectar esas oportunidades de mejora y adoptar las medidas correctoras necesarias. No debemos perder de vista que el objetivo final debe ser la mejora de la calidad asistencial y la satisfacción del usuario, y no sólo la comprobación o medida de su ausencia.

6b.) Indicadores de rendimiento.

Son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento, así como para anticipar la percepción de sus clientes externos. (medidas indirectas relacionadas con la percepción del cliente)

Las medidas pueden hacer referencia a:



- Gestión de reclamaciones, quejas, sugerencias,...
- Medidas de gestión del servicio de atención al cliente: tiempos de respuesta, resultados,...
- Plan de recepción en el Centro.
- Información para pacientes y/o familiares.
- Demoras y listas de espera.
- Altas voluntarias.
- Cancelaciones de citas.
- Etc.

8.2.7.- Criterio 7. Resultados en las Personas

Las Organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a las personas que las integran.

Como personal de la organización se entiende a todos los empleados y las demás personas que ofrecen directa o indirectamente, un servicio a los clientes. Entre estas personas incluimos a todos los grupos de empleados y voluntarios entre los cuales algunos pueden necesitar alguna ayuda particular para que puedan alcanzar su pleno potencial en la realización de sus tareas.

En este criterio, se debe demostrar el éxito de la organización en satisfacer las necesidades y expectativas de las personas que la integran. Las mediciones se deben realizar sobre aquellos aspectos considerados como importantes por las personas, teniendo en cuenta las restricciones externas existentes para el sector público en cuanto a la gestión del personal.

Este criterio mide el grado en el que el trabajo del personal del centro/servicio/unidad cumple sus expectativas y le aporta experiencias positivas.

7a.) Medidas de percepción.

Se refieren a la percepción del centro/servicio/unidad por parte de las personas cliente extraídas por ejemplo de encuestas, grupos focales, etc. (medidas directas).

Las medidas pueden hacer referencia a:



- Motivación: reconocimiento, formación y estudios, igualdad de oportunidades, delegación y asunción de responsabilidades...
- Satisfacción: condiciones económicas, condiciones de empleo, entorno de trabajo,
- condiciones de seguridad e higiene, relaciones entre personas del mismo nivel laboral,...

7b.) Indicadores de rendimiento.

Son medidas indirectas relacionadas con la satisfacción de los profesionales.

Estas medidas pueden hacer referencia a:

- Motivación e implicación: trabajo en equipo, índice de respuesta a encuestas entre empleados, reconocimiento individual y en equipo, etc.
- Satisfacción: absentismo, análisis de bajas por enfermedad, huelgas, demandas, quejas, etc.
- Servicios que el centro proporciona a sus empleados: boletines informativos del centro, incentivos o reconocimientos, rapidez de respuesta a las preguntas planteadas, evaluación de la formación, etc.

8.2.8.- Criterio 8. Resultados en la Sociedad

Las Organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados

sobresalientes con respecto a la sociedad.

Consideraciones clave para el Sector Público:

Las organizaciones sanitarias tienen un impacto sobre la sociedad por la propia naturaleza de sus responsabilidades primarias. Los resultados de estas actividades básicas se presentan en los criterios: "Resultados en los clientes" y "Resultados clave".

Este criterio mide el impacto de la organización en la sociedad en aquellos temas que no están relacionados ni con sus responsabilidades, ni con sus obligaciones normativas.

8a.) Medidas de percepción.



Estas medidas se refieren a la percepción de la organización por parte de la sociedad, y se obtienen, por ejemplo, de encuestas, informes, reuniones públicas, representantes sociales y autoridades gubernativas.

Pueden hacer referencia a:

- Actividades como miembro de la sociedad: difusión de información relevante para la comunidad, relaciones con autoridades locales, regionales (consejos de salud, ayuntamientos, etc.),...
- Implicación en la comunidad: educación y formación, voluntariado,...
- Actividades para disminuir el impacto medioambiental: prevención de riesgos, gestión de residuos, consumo energético, uso de materiales reciclados,...

8b.) Indicadores de rendimiento.

Son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento, así como para anticipar las percepciones de la sociedad.

Pueden incluir:

- Los elementos enumerados en el subcriterio anterior y además...
- Cobertura en prensa
- Felicitaciones y premios recibidos
- Etc.

8.2.9.- Criterio 9. Resultados Clave

Las Organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a los elementos clave de su política y estrategia.

Consideraciones clave para el Sector Público:

Los resultados en este criterio están relacionados con aquello que la organización ha determinado como logros esenciales y que pueden medirse para su éxito tanto a corto plazo como para lograr su estrategia a largo plazo. Los Resultados de la organización son medidas de la eficacia y eficiencia en la prestación de servicios y la consecución de metas y objetivos, incluyendo aquellos que son señalados desde la Administración Pública.



Estas medidas son tanto financieras como no financieras (resultados de salud). Muchas de ellas estarán directamente relacionadas con la estrategia y con los procesos clave.

También pueden incluirse, si procede, a aquellos proveedores y “parteners” que tienen una importancia clave en los resultados anteriormente citados y con los cuales se debe mantener una relación de estrecha colaboración, siendo necesario, por tanto, evaluar cuál es el grado de satisfacción de los mismos.

9a.) Resultados clave del rendimiento de la organización.

Estas medidas son los resultados clave de la organización y, pueden hacer referencia a:

- Resultados económicos y financieros
- Resultados no económicos

9b.) Indicadores Clave del Rendimiento de la Organización.

Son las medidas operativas que utiliza la organización para supervisar, predecir y mejorar los probables resultados clave del rendimiento de la misma.

Pueden hacer referencia a:

- Indicadores intermedios: estancia media, adecuación de estancias, reingresos, demora, información al usuario (documentos de CI, protocolos de información,...), evaluación de la calidad de la historia clínica, etc.
- Indicadores finales: resultados sobre el estado de salud (mortalidad, infecciones, etc.)

8.3.- Monitorización de Indicadores 2005

La monitorización es la medición sistemática y planificada de indicadores de calidad. Esta actividad tiene como objetivo identificar la existencia de situaciones problemáticas que hay que evaluar o sobre las que hay que intervenir. La monitorización de indicadores de calidad sirve como complemento a la evaluación de los objetivos comunes. Su utilidad ha sido demostrada en programas de evaluación de indicadores, como el HEDIS, el “Maryland Hospital Association Quality Indicator Project”, o el “University Hospital Consortium”. Por desgracia, en nuestro país todavía no se ha consensuado un conjunto de indicadores de calidad, que permita realizar comparaciones válidas.



Indicadores de Atención Especializada

Una parte de los indicadores de calidad pueden ser calculados a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), que se analiza de forma centralizada. Estos indicadores miden aspectos de la asistencia sanitaria con impacto en la calidad, y permiten comparar los resultados entre los distintos hospitales y entre distintas organizaciones. El CMBD en Castilla la Mancha está regulado por el Decreto 73/2002 de 14 de mayo de 2002 (DOCM 17 de mayo de 2002). Este decreto afecta al CMBD de los episodios de hospitalización, cirugía ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios.

Los indicadores de calidad extraídos del CMBD tienen ciertas limitaciones metodológicas, lo que obliga a una utilización responsable de los datos, tanto a nivel local como al nivel de la organización. Es posible que haya razones que justifiquen que algunos hospitales tengan resultados muy diferentes al resto, pero quizá un estudio más profundo de las circunstancias les puede ayudar a detectar problemas no conocidos hasta entonces e implantar acciones de mejora para solucionarlos. A pesar de sus limitaciones, el sistema de información CMBD ha tenido éxito y se está mejorando y ampliando.

Existen otra serie de indicadores que no se pueden obtener automáticamente de los sistemas de información del CMBD y que precisan estudios específicos en los hospitales. Algunos son indicadores clínicos y otros evalúan la adecuación de la atención sanitaria. En general, hay que procurar utilizar indicadores que tengan una fácil interpretación clínica o de gestión, y sean útiles para que los profesionales mejoren su práctica asistencial. Para el año 2005, se mantienen los indicadores que están siendo útiles en la mejora continua de la calidad asistencial, si bien será necesario realizar una revisión de los mismos.

Indicadores que se obtienen a través de la explotación del CMBD y otras bases de datos

Muchos de los resultados del grupo de indicadores incluidos en el Plan de Calidad se obtienen de la explotación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Estos indicadores pueden ser monitorizados en los hospitales y sus resultados ser conocidos por los servicios clínicos y/o las comisiones de calidad responsables de su valoración. Basándose en los resultados y las tendencias, podrán analizar las causas y proponer acciones de mejora.