

COLABORACION ESPECIAL**LA MEJORA CONTINUA EN EL SISTEMA SANITARIO:
RESULTADOS DE LA 1.^a FASE DE IMPLANTACION DEL
PLAN DE CALIDAD EN ESPAÑA (1986-1992)****Ulises Ruiz Ferrándiz y José Simón Martín**Instituto Universitario de Evaluación Sanitaria.
Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.**RESUMEN**

La sociedad actual demanda calidad. De ser una actividad de inspección y control del producto final, la calidad ha pasado a impregnar la totalidad del tejido empresarial. Se trata de la calidad total, cuya gestión requiere una metodología específica, basada en datos válidos y fiables y aplicada en la actividad diaria de cada uno de los componentes de la organización.

El Ministerio de Sanidad y Consumo como empresa de servicios de salud para la sociedad, se planteó el desarrollo de una política de calidad total en los servicios sanitarios. En 1986 se establece un Plan de Calidad Total en el Sistema Nacional de Salud a desarrollar en dos fases. La primera fase del Plan cubre desde 1986 a 1992, y está centrada en la generación de datos fiables, el cambio cultural de la organización y la consideración del usuario como cliente.

En esta primera fase se han generado y desarrollado los instrumentos básicos para garantizar la calidad del sistema de salud. Es decir, un sistema de información básica sobre actividad y coste, tanto en atención hospitalaria como primaria; una estructura que permita la generación y explotación eficiente de esta información; una organización reorientada hacia la mejora continua como meta institucional.

La implantación progresiva de la mejora continua por medio de la Gestión de la Calidad Total, prevista como segunda fase del Plan, requiere ineludiblemente el compromiso de la cúpula responsable del sistema de salud con este nuevo paradigma.

Palabras Clave: Gestión de Calidad Total. Garantía de Calidad. Mejora de la Calidad. Mejora Continua de la Calidad. Calidad de la Asistencia.

ABSTRACT**The Continuous Improvement in the
Health System: Results of the First
Stage of Implantation of the Quality
Plan in Spain (1986-1992)**

The increasing society demands for improved quality in health care are forcing the health care systems to evaluate their organizational performance.

Quality activities were initially limited to inspection and final product control, whereas now they are implemented throughout the whole organisation as Total Quality Management. This approach applies specific methodologies which require valid and reliable daily activity data from everyone in the organisation units.

A Total Quality Plan for the spanish health care system was set in motion in 1986. From 1986 to 1992 the First Phase of the Plan was carried out: firstly, an appropriate information system was established in order to generate and exploit valid data about activity and cost; secondly a cultural change towards Continuous Quality Improvement was initiated throughout training and implementation of methodologies and tools of Total Quality Management in the National Health Care system institutions.

The implementation of a Continuous Improvement general policy as a second phase, requires the explicit commitment of the Health System top management.

Key Words: Continuous Quality Improvement. Quality Assurance. Quality Improvement. Quality of Care. Total Quality Management.

INTRODUCCION

La implantación de la Calidad Total en el Sistema Sanitario, requiere una adecuada interpretación de los diferentes vectores que actúan en la totalidad del sistema como organización sociocultural¹.

Correspondencia:
Ulises Ruiz Ferrándiz.
Instituto Universitario de Evaluación Sanitaria.
Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.
Ciudad Universitaria. 28040 MADRID.
Fax: 394 13 60.

Por definición, un sistema es un todo en donde sus componentes son interdependientes. Por ello, la aplicación de la teoría general de sistemas² al sector sanitario es obligada y este es el enfoque que hemos seguido en el Plan de Calidad Total para nuestro Sistema Sanitario³.

El Plan se ha generado desde una aproximación de empresa de Servicio Público. Por ello, expondremos brevemente las características generales de las Empresas de Servicios, para establecer seguidamente el contenido del concepto Calidad Total que hemos utilizado y el planteamiento global de su gestión en el sistema sanitario como Plan de Calidad Total. Finalmente se describen las acciones específicas llevadas a cabo en la primera fase.

LA EMPRESA DE SERVICIOS

El concepto de calidad, hasta hace poco centrado y limitado a la calidad del producto industrial, está actualmente surgiendo como un elemento indiscutible en el sector servicios que tiene características que lo diferencian claramente del concepto clásico de empresa industrial⁴.

- El producto se genera en tiempo real entre el representante de la empresa y el usuario.
- Los roles de proveedor y de usuario son específicos para cada empresa.
- La definición de calidad planteada por el usuario debe ser considerada de igual manera que la planteada por los profesionales, y su consecución, un objetivo prioritario para la empresa.
- El comportamiento del profesional en el momento de la transacción que genera el producto-servicio es la pieza clave del sistema, y ello requiere conceptos, objetivos y acciones claramente establecidos y asumidos por toda la organización desde el vértice a la base.

La diferencia fundamental viene definida por la materia prima en ambos sectores. En la industria la materia prima es homogénea, con características definidas y comprobables; el proceso de producción es estándar y el producto final uniforme. En las empresas de servicios, la materia prima, es decir el individuo, es una entidad única y heterogénea, a lo que se añade en el caso de algunas empresas de servicios, la dificultad para definir tanto el producto final como los productos intermedios.

Sin embargo, el concepto de calidad de la organización y del servicio a los clientes externos es válido en ambos casos y permite el establecimiento de criterios comunes como los fijados para el Premio Nacional a la Calidad Malcom Baldrige, en U S A , o el más reciente Premio Europea a la Calidad, patrocinado por la Unión Europea

CALIDAD: EVOLUCION CONCEPTUAL

La idea de garantizar la calidad de un producto no es nueva. En la era industrial la calidad empezó a garantizarse por medio de la inspección del producto final. El producto defectuoso se desechaba sin analizar las causas: era el llamado "control de calidad".

El incremento en el coste de este control llevó a buscar y utilizar técnicas de muestreo y análisis estadístico⁵ y poner un énfasis especial en el proceso de producción.

Este enfoque tomó cuerpo en la industria armamentista y de comunicaciones, durante la Segunda Guerra Mundial, conociéndose como "control estadístico del proceso", centrado en el área de fabricación.

Al conocerse el coste del desecho de productos defectuosos se inició el análisis de las causas y la búsqueda de soluciones, cuya aplicación y resultados debían consecuentemente evaluarse. Surgió la llamada "garantía de calidad". Cualquier método de garantía de calidad conlleva necesariamente, por tanto, la identificación de problemas y su corrección.

Sin embargo, la única forma de conseguir esa garantía de calidad es implicando a los responsables de cada proceso y de la organización en general al objeto de controlar el proceso y evitar los errores. Surge así el concepto de "Calidad Total"⁶ y su aplicación a la gestión de las empresas, tanto industriales como de servicios⁷⁻¹⁰.

Los japoneses, al final de la Segunda Guerra Mundial, iniciaron la remodelación de su industria en base a los conceptos de "control estadístico de la calidad" y "calidad total", llevándolos al nivel operativo actual^{11,12}.

La puesta en práctica de este concepto exige "hacer las cosas bien a la primera"⁸ y que cada componente del sistema hasta el nivel de individuo se responsabilice de garantizar la calidad de su propio producto. Cada individuo es proveedor del siguiente y cliente del anterior, y toda la organización es proveedora de cliente final, externo a ella. Se habla entonces de "calidad total".

La calidad total debe ser una *meta institucional* y exige necesariamente una actitud positiva de cada uno de los elementos humanos que componen los subsistemas¹². Esta actitud positiva sólo se consigue mediante la adecuada formación, información y participación en el uso de una metodología que requiere datos apropiados y fiables¹³. Un reciente debate evalúa la aplicación de estos conceptos en las empresas americanas¹⁴.

LA GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL EN EL SISTEMA SANITARIO

Hoy es indiscutible que garantizar la calidad de la asistencia sanitaria a la población debe ser un componente inherente al sistema de salud, tanto en su faceta pública como la privada. Hacer operativo este componente exige un acuerdo sobre el significado de la palabra *calidad*, cómo garantizarla y quién debe realizarlo¹⁵⁻¹⁷.

a) El Problema

Hasta el día de hoy, en nuestro país y en la mayoría de los países occidentales, la calidad de la atención al enfermo estaba implícitamente garantizada por la profesionalidad del médico, dependiendo ésta, a su vez, de la formación recibida en la facultad de medicina, igualmente a cargo de la profesión médica.

Sin embargo, la atención a la salud de la población implica tanto a los profesionales de la salud, como a la comunidad y a los responsables políticos. El problema reside en cómo resolver la aparente discrepancia existente entre el tradicional interés del profesional de la salud por mejorar la calidad de su trabajo y la ausencia de normas y metodologías explícitas y concretas, que permitan evaluarlo con la colaboración motivada del mismo profesional y la participación del usuario del sistema.

La diversidad de enfoques, tanto conceptuales como metodológicos, ha generado una masa crítica que demanda canalización, para poder responder a un número cada vez mayor de interrogantes.

¿Quién se responsabiliza de la asistencia individual?, ¿cómo se garantiza su calidad?, ¿cuál es la mejor organización?, ¿de qué información disponemos?, ¿cuáles son las expectativas de los profesionales?, ¿qué satisfacción obtienen los usuarios? ¿qué demanda la población?

b) Los vectores básicos

Las respuestas a estas preguntas deben reflejar los tres vectores básicos del sistema sanitario: el derecho de la persona a exigir los servicios sanitarios adecuados a su circunstancia, la obligación a una prestación de servicios eficiente por parte del sistema y el derecho del profesional a ser reconocido por el trabajo realizado. Este enfoque establece un importante matiz diferenciador con la tricotomía clásica de accesibilidad, coste y ca-

lidad, donde, por otro lado, hasta hace poco, la calidad ha sido ignorada, el coste una incógnita y la accesibilidad una propuesta.

b.1. *Derechos del usuario como cliente del sistema*

El que necesita los servicios del sistema sanitario, por lo general, está enfermo y en clara desventaja social. Esta sensación se agudiza cuando se encuentra rodeado de un ambiente hostil, por lo desconocido e incomprendible. Esto nos conduce a considerar dos aspectos básicos en la gestión de la calidad en el sistema sanitario.

El primero es ofrecer un ambiente que el usuario identifique como conocido y amistoso.

En segundo lugar, el enfermo debe disponer de la información suficiente para poder comparar y elegir con conocimiento de causa la oferta que responda mejor a sus necesidades. Es fundamental que el enfermo comprenda y participe junto con el profesional en las decisiones técnicas, dirigidas a solucionar su demanda de asistencia.

La satisfacción del usuario informado, resultante de los diversos vectores representados en la figura 1 es el indicador básico de la calidad del sistema sanitario.

b.2. *La eficiente prestación de servicios sanitarios*

Aunque la accesibilidad de los servicios de salud en los países desarrollados ya no plantea problemas serios, se tiene la sensación de que su coste ha sido excesivo y de que el dinero no ha sido gastado eficientemente, al no existir correlación entre gasto sanitario, salud de la comunidad y satisfacción del usuario.

Este planteamiento ha evidenciado que muchos de los problemas fundamentales para la asistencia sanitaria de la población, quedan todavía por resolver, originándose así un creciente interés por conseguir el adecuado análisis de la planificación y gestión de los

servicios de salud; análisis que se ha basado fundamentalmente en los binomios coste-beneficio y coste-efectividad.

Sin embargo, garantizar la definición y evaluación del producto en el sector salud es un problema espinoso, sobre todo si se busca la evaluación del producto final, es decir el estado de salud resultante y la satisfacción a la demanda del usuario.

Esto se debe a que el sector salud está formado por empresas de servicios multiproducto¹⁸, ya que el producto final que sería crear salud, no solo requiere una larga serie de productos intermedios sino que, a su vez, estos pueden tener también carácter de productos primarios.

La identificación de todos estos productos no es sencilla, debido a su heterogeneidad y finalidades a veces cruzadas.

Su medición y evaluación es por tanto muy variable, dependiendo del sistema sanitario que lo lleve a cabo, y su normalización, tanto dentro de un mismo sistema sanitario como entre diversos sistemas, está todavía en fase de análisis y experiencias piloto.

b.3. *El profesional y su trabajo*

La jerarquía de necesidades, planteada por Maslow hace más de treinta años¹⁹, no tiene por qué ser la misma en todos los profesionales de la salud, pero es indudable que se precisa un equilibrio entre ellas de tal manera que la carencia de alguna se compense con un mayor aporte en otras, según las preferencias manifestadas por el individuo o por el grupo. La satisfacción de estas necesidades es otro de los indicadores fundamentales de calidad en el sistema sanitario (figura 2).

A pesar de la tecnología creciente, el profesional se ve sometido a un grado considerable de subjetividad. Por un lado, la atención al enfermo sigue siendo un proceso de interacción entre personas sobre temas de gran importancia para una de ellas, que bus-

FIGURA 1

Niveles de evolución de la calidad

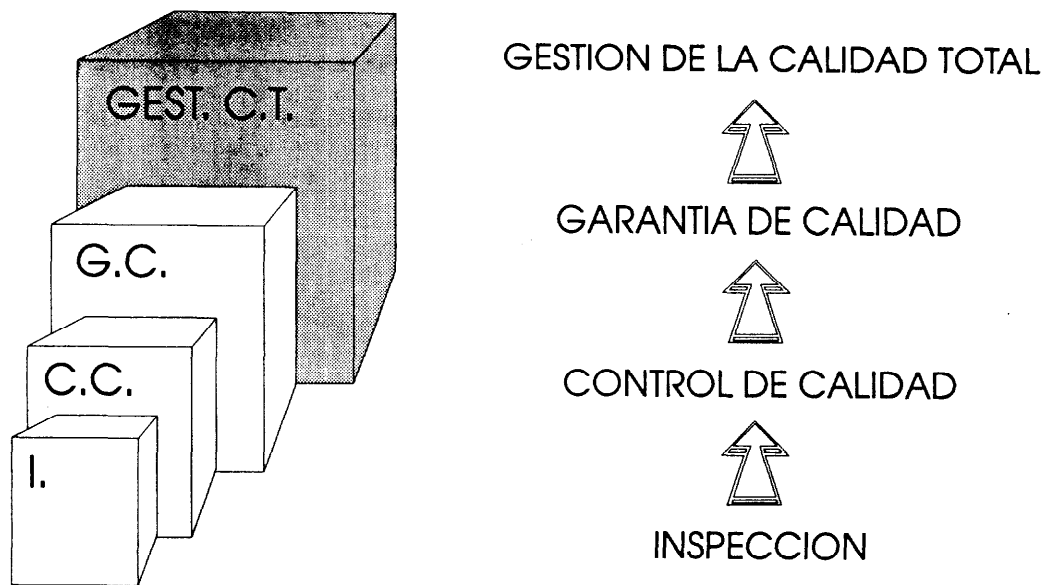
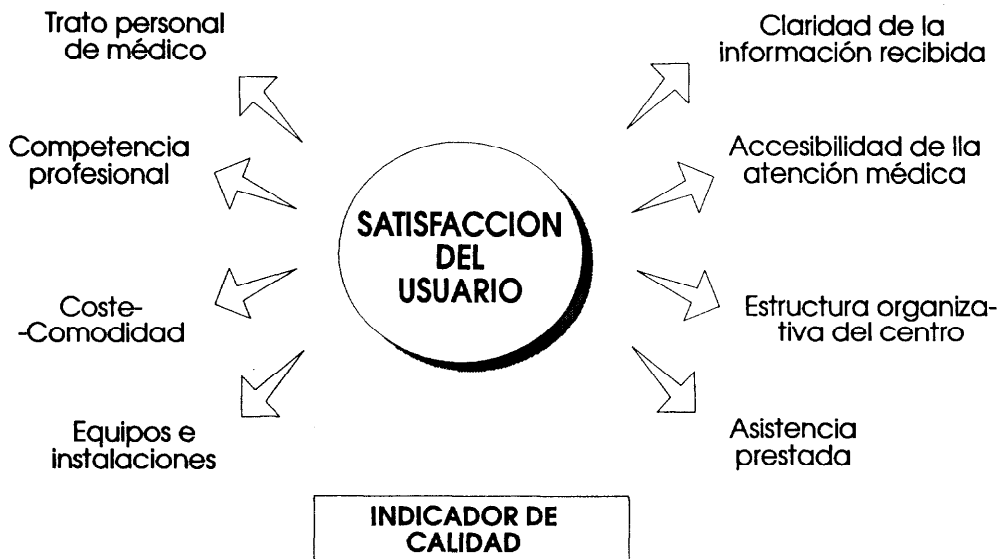


FIGURA 2

Satisfacción del usuario



ca satisfacción a sus demandas en los conocimientos profesionales de la otra.

Por otro lado, el trabajo del profesional es una toma de decisión en un campo sembrado de incertidumbre. Existe poca evidencia científica en los conocimientos que los profesionales utilizan en su labor diaria de decisiones clínicas, según recientes y calificadas opiniones^{20,21}. Y una vez tomada la decisión, la probabilidad de que con ello se ayude al enfermo no siempre se conoce. Esta "incertidumbre clínica" es, en buena parte, la causa de la llamada "discrepancia de opiniones" o "variaciones en la práctica clínica", que existe entre países²², entre regiones cercanas, entre hospitales²³ y en el uso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos entre los profesionales.

Así, las preguntas que el profesional se pueda hacer sobre lo adecuado de su actuación, tanto diagnóstica como terapéutica, no tienen más contestación que los resultados que se observen en el enfermo. Por ello la competencia del profesional y su capacidad de autoevaluación y corrección de errores son factores básicos en la garantía de calidad del sistema sanitario, que requiere además una metodología de evaluación de resultados, uniforme y homologada²⁴.

Además, entendiendo el sistema sanitario como una empresa de servicios, la calidad no puede plantearse únicamente como "calidad asistencial", desde el punto de vista profesional.

Es preciso comprender que todo el personal del sistema, limpieza, mantenimiento, administración, auxiliar sanitario, facultativo es esencial para llevar a cabo de forma eficiente y efectiva el servicio básico de la empresa de salud: la atención al paciente. Gestionar la calidad del sistema implica, tanto a los servicios asistenciales como a los no asistenciales, en su objetivo de satisfacer la demanda del usuario como cliente del sistema.

EL PLAN DE CALIDAD TOTAL EN EL SISTEMA SANITARIO

En base a estas consideraciones, la Unidad de Calidad total del Ministerio de Sanidad y Consumo estructuró en 1986, de acuerdo con la Ley General de Sanidad (1986), un Plan de Calidad Total, que no solo pretendía dar respuesta a las necesidades internas del sistema, sino que definía los jalones del camino a recorrer para homologarnos, con el resto de los países europeos, en cuanto a garantizar la calidad de los servicios de salud. Esta iniciativa fue reconocida en su día por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud²⁵.

El plan tiene como metas la generación, implantación y desarrollo de un sistema integrado de Gestión de la Calidad Total. Para ello, y según se representa en la figura 3, es preciso establecer y validar un sistema de información y explotación de datos que permita una gestión de la calidad, orientada hacia la mejora continua, utilizando herramientas y métodos homologados a nivel internacional. La formación de los distintos profesionales involucrados en estas líneas de acción, es condición indispensable para el desarrollo del plan.

El Plan consta de dos fases, respondiendo a las metas planteadas a corto-medio y a medio-largo plazo.

a. El desarrollo del Plan

La 1.ª fase del Plan, se desarrolla durante el período 1986-1991, por la Unidad de Calidad Total del Ministerio de Sanidad y Consumo, y genera, por medio de sus cuatro proyectos en cascada, NUBIS, CODIGO, SICE, GACSA (figura 4), los instrumentos básicos necesarios para llevar a cabo por profesionales, adecuadamente formados, tanto una evaluación normalizada de los servicios sanitarios, prestados a la población, como las necesarias acciones de mejora.

A través de los proyectos NUBIS (Núcleo Básico de Información Sanitaria), CODIGO (Codificación de Diagnósticos y Procedimientos) y SICE (Sistemas de Clasificación de Enfermos por Grupos Homogéneos) se han establecido las bases del sistema de información y una aproximación operativa para la explotación de esa información, permitiendo relacionar actividad con recursos utilizados y coste. Haciendo uso de esta información, el proyecto GACSA ofrece una metodología de mejora que permite relacionar los recursos utilizados y su coste con la calidad del proceso y los resultados obtenidos, centrándose tanto en la satisfacción del profesional como en la del usuario del sistema (fig 4).

La primera fase del Plan se ha llevado a cabo en forma de proyectos piloto, proyectos de demostración, y grupos de trabajo, todos ellos con participación voluntaria de los hospitales a través del compromiso explícito, tanto del gerente como de los responsables del trabajo, estableciendo así una red de información cruzada entre los cuatro proyectos básicos.

La 2.^a fase del Plan, cuya iniciación estaba prevista en 1992, debía extender progresivamente la aplicación de estos instrumentos y métodos en las instituciones sanitarias, con el objetivo de establecer una cultura de Mejora Continua de la Calidad en todo el sistema sanitario.

b. Resultados de la primera fase

Al darse por finalizada la 1.^a Fase en el primer semestre de 1992, los distintos proyectos, en los cuales participaron instituciones de todo el país (figura 5), habían producido los resultados que se describen a continuación y que han permitido el establecimiento posterior de estándares, normalizados por las entidades gestoras de las instituciones sanitarias.

NUCLEO BASICO DE INFORMACION SANITARIA. (PROYECTO NUBIS)

Con este proyecto se intenta dar respuesta a la necesidad de disponer de una informa-

ción sanitaria fiable y comparable a nivel nacional e internacional. Los objetivos generales son:

- Definir un conjunto mínimo y básico de datos (CMBD), que resuma en un número reducido de datos codificables toda la información necesaria para el análisis y toma de decisiones a nivel hospitalario.
- Seleccionar un sistema de codificación para todo el Sistema Nacional de Salud, de carácter uniforme y homologado internacionalmente y que incluya tanto los diagnósticos como los procedimientos terapéuticos que puedan ser realizados sobre los enfermos.

En diciembre de 1987, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó la propuesta de Conjunto Mínimo y Básico de Datos que se presenta en la tabla 1. Asimismo, decidió que, como sistema de codificación, se emplease la Modificación Clínica de la 9.^a Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC).

CODIFICACION DE DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS. (PROYECTO CODIGO)

Este Proyecto desarrolla las condiciones necesarias para la implantación eficaz del Proyecto NUBIS, con los objetivos generales de:

- Formación de personal cualificado en codificación con la CIE9 -MC.
- Demostrar la utilidad y validación del CMBD y de la CIE- 9-MC, como sistema de información sanitaria, aplicable tanto a la práctica asistencial diaria como a la gestión de las instituciones.
- Implantación progresiva en los hospitales del Sistema Nacional de Salud del Núcleo Básico de Información Sanitaria.

FIGURA 3
Satisfacción del profesional



FIGURA 4
Plan de calidad total

PLAN DE CALIDAD TOTAL

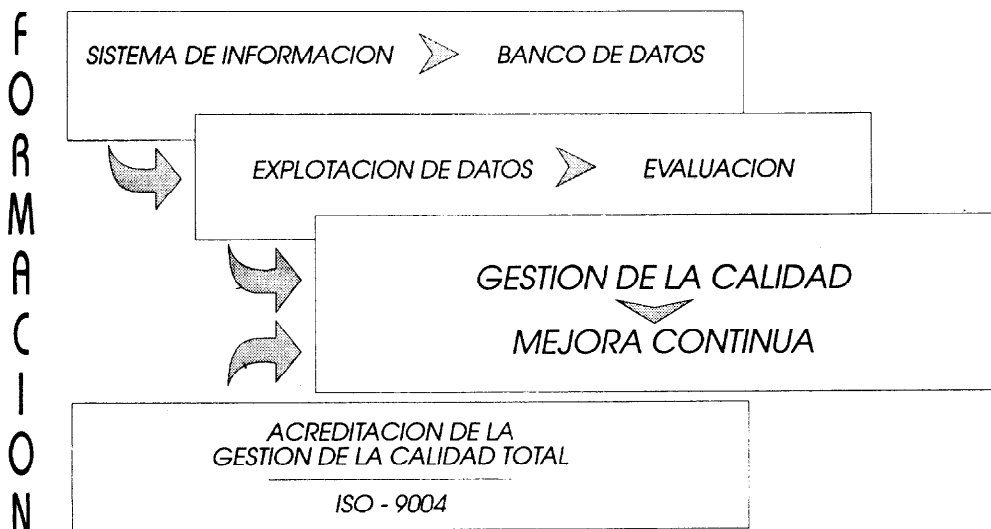


TABLA 1
Items recogidos en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (OMBD)

1. Identificación del hospital.
2. Identificación del paciente.
3. Sexo.
4. Fecha de nacimiento.
5. Lugar de residencia.
6. Financiación.
7. Fecha de ingreso.
8. Circunstancias al ingreso.
9. Fecha de alta.
10. Circunstancias al alta.
11. Diagnóstico principal y otros diagnósticos.
12. Procedimientos quirúrgicos y obstétricos.
13. Otros procedimientos.
14. Identificación del médico responsable

En la tabla 2. se presentan los resultados obtenidos durante el período 1986-1992.

SISTEMA DE CLASIFICACION DE ENFERMOS. (PROYECTO SICE)

Los sistemas de clasificación de enfermos han surgido de la necesidad de evaluar la atención prestada al paciente, tanto desde el punto de vista puramente clínico como de coste, siguiendo el enfoque de "coste por proceso". Para ello y con objeto de generalizar la información individual, se consideró necesario seleccionar un sistema de agrupación de enfermos en categorías que fuesen lo más homogéneas posibles, de acuerdo con la gravedad del caso, utilizando los sistemas "Grupos de Diagnósticos Relacionados" (GDRs) y "Patients Management Categories" (PMCs).

Un sistema de este tipo permite conocer la carga asistencial, los recursos utilizados y

TABLA 2
Resultados obtenidos en el Proyecto CODIGO durante el período 1986-1992

<i>Objetivos</i>	<i>Acciones/Resultados</i>
1 FORMACION	1.1. Acuerdo con la Universidad de Puerto Rico para la formación inicial de formadores en codificación. 1.2. Edición de un Manual de Aprendizaje para codificación con la CIE-9-MC ²⁶ . 1.3. Formación de 130 codificadores con destinos en 130 hospitales.
2 VALIDACION DE LA CIE-9-MC Y DEL CMBD	2.1. Proyecto Piloto de demostración en 5 hospitales sobre utilidad de la codificación con la CIE-9-MC y CMBD. 2.2. Establecimiento de un sistema de control de calidad de codificación y validación del Proyecto Piloto. 2.3. Edición en castellano de la CIE-9-MC ²⁷ . 2.4. Edición de un Manual de Uso para la CIE-9-MC ²⁸ .
3 IMPLANTACION DEL CMBD	3.1. A diciembre de 1991, 30 hospitales codificaban el CMBD.

su coste, tanto a nivel de unidad clínica como de hospital y de área geográfica.

Los objetivos generales del Proyecto fueron:

- Formar al personal responsable de la gestión y operación de las unidades de información sanitaria.
- Seleccionar el sistema de clasificación de pacientes más adecuado a nuestro entorno sanitario.
- Aplicación del sistema de clasificación de enfermos para desarrollar análisis de coste por proceso.

En la tabla 3, se presentan los resultados de este Proyecto.

MEJORA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD. (PROYECTO GACSA)

Para gestionar y mejorar la calidad, se requiere el conocimiento de los problemas, su análisis, su corrección, la evaluación de los resultados y su prevención en el futuro. Todo ello exige disponer de datos fiables y normalizados. Los Proyectos NUBIS y SICE, generan esos datos, y mediante el Proyecto GACSA se utilizan para mejorar la calidad del sistema.

Los objetivos generales de este Proyecto fueron:

- Generar un cambio de cultura de la organización, estableciendo la mejora continua de la calidad como meta institucional.

TABLA 3
Resultados obtenidos en el Proyecto SICE durante el período 1986-1992

<i>Objetivos</i>	<i>Acciones/Resultados</i>
1 FORMACION	1.1. Seminario sobre "Sistemas de clasificación de pacientes". 1.2. Seminario sobre "Análisis comparativo de los sistemas de clasificación: GDRs y PMCs en EEUU". 1.3. Formación de equipos para la gestión de sistemas de clasificación de pacientes.
2 SELECCION DE UN SISTEMA DE CLASIFICACION DE PACIENTES	2.1. Proyecto piloto de validación del Sistema de Clasificación PMCs en 6 hospitales. 2.2. Participación en el Proyecto Europeo HOSCOM ²⁹ . 2.3. Jornada sobre Sistema de Clasificación de Enfermos: Estudio multicéntrico con PMC.
3 APLICACION DEL SISTEMA DE CLASIFICACION DE PACIENTES PARA EL ANALISIS DE COSTES	3.1. Proyecto Piloto "SIGNO", realizado en 6 hospitales para el desarrollo de un modelo de análisis de costes hospitalarios. Este Proyecto genera: <ul style="list-style-type: none"> — Una Monografía sobre el Modelo "SIGNO" de Gestión Analítica³⁰. — Desarrollo del programa informático "SIGNO" de contabilidad analítica³⁰. — Club de usuarios SIGNO 1. — Las herramientas básicas para llevar a cabo el proyecto "Pago por Proceso".

FIGURA 5
Estructura operativa del Plan de Calidad Total.

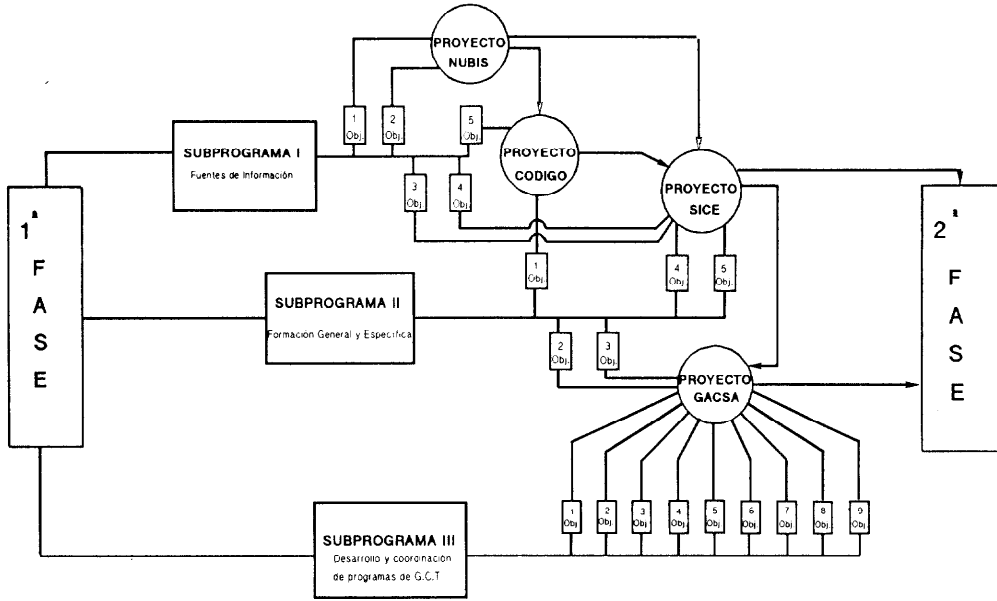


FIGURA 6
Implantación de los proyectos del Plan a mayo de 1992



- Desarrollo de indicadores de mejora de la calidad.
- Formar en el uso de herramientas y métodos de Gestión de Calidad Total.

Los resultados obtenidos en este Proyecto se presentan en la tabla 4.

CONCLUSIONES

Los principales obstáculos, encontrados en el desarrollo de esta primera fase del Plan de Calidad Total en nuestro sistema de salud se ubican en cuatro áreas básicas.

TABLA 4
Resultados obtenidos en el Proyecto GACSSA durante el período 1986-1992

Objetivos	Acciones/Resultados
<p style="text-align: center;">1 CAMBIO CULTURAL DE LA ORGANIZACION</p>	<p>1.1. Taller sobre Calidad Total en el Sistema Sanitario, para gerentes y directores provinciales, de 40 horas de duración.</p> <p>1.2. Formación de los equipos directivos de 20 hospitales (80 personas) en "La gestión del cambio", con una duración total de 120 horas.</p> <p>1.3. Desarrollo y validación de una escala de medida sobre "desarrollo organizativo" de aplicación en hospitales.</p> <p>1.4. Desarrollo de estudios sobre la opinión de la población y de los profesionales.</p> <p>1.5. Introducción de los conceptos de calidad en el nuevo curriculum de Medicina ³¹.</p> <p>1.6. Introducción de la cultura de evaluación de los sistemas de calidad a través de los mecanismos de acreditación de centros ³².</p>
<p style="text-align: center;">2 DESARROLLO DE INDICADORES DE CALIDAD</p>	<p>2.1. Indicadores globales:</p> <ul style="list-style-type: none"> — <i>Infección nosocomial</i>. Para su desarrollo se crea el Grupo "EPIHOS" con 23 hospitales que generan: una guía para la prevención y control de la infección en el hospital" y un sistema de información para su aplicación ³³ — <i>Ulceras por decúbito</i>. Desarrollado por un grupo de trabajo de 27 hospitales como indicador de cuidados en enfermería. <p>2.2. Indicadores clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Desarrollados a partir del Proyecto europeo sobre "Garantía de Calidad en Hospitales" ³⁴, con participación de 113 hospitales europeos (55 españoles) y que incluían los siguientes indicadores: <ul style="list-style-type: none"> — Documentación clínica — Evaluación preoperatoria. — Profilaxis antibiótica en cirugía. — Ulceras por decúbito
<p style="text-align: center;">3 FORMACION EN METODOLOGIA</p>	<p>Diez cursos básicos sobre gestión de la Calidad en hospitales y atención primaria por un total de 210 horas y 204 participantes.</p>

1. *El establecimiento de un núcleo de información, que permita la correcta evaluación y comparación de los datos.*

2. *La participación motivada de los profesionales del sistema en el proceso de generación de la información, requiere una actitud positiva frente a la necesidad de esta información.*

3. *El compromiso, tanto de los gestores como de los responsables asistenciales del sistema, para establecer la mejora de calidad como objetivo institucional.*

4. *La implantación de una metodología homologada, basada en conceptos y criterios uniformes, con objeto de que los problemas definidos, las soluciones planteadas y los resultados obtenidos sean comparables, tanto a nivel de centro asistencial como entre diferentes centros y países.*

A esta problemática, existente por otro lado en la mayoría, por no decir la totalidad de los sistemas de salud de los países desarrollados³⁴, se añade, agudizándola, la reestructuración de nuestro sistema, iniciada con la Ley general de Sanidad.

Esta ley, sin embargo, sienta indicaciones claras para el establecimiento de una ordenación que permita mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a la población, los cuales deben orientarse prioritariamente hacia la satisfacción del usuario de los servicios y no solo hacia la calidad técnica del profesional que los presta³⁵⁻³⁷.

El Plan de Calidad Total, generado y desarrollado por la Unidad de Calidad Total del Ministerio de Sanidad y Consumo, ha completado su primera fase, en la cual se han establecido y normalizado los instrumentos y metodologías necesarias para iniciar un cambio de cultura en la organización, utilizando información válida y fiable.

La segunda fase debe iniciar un proceso de Mejora Continua de la Calidad, centrándose en la satisfacción del profesional como proveedor-cliente interno y del usuario como cliente externo del sistema de salud, para lo

cual se requiere el compromiso explícito de la cúpula gestora.

BIBLIOGRAFIA

1. Rapoport A. Prefacio. En: Buckley W. (eds). *Modern System Research for the Behavioural Scientist*. Chicago: Aldine, 1968.
2. Von Bertalanffy L, Ross Ashby W. y otros. *Tendencias en la Teoría General de Sistemas*. 2.ª ed. Madrid: Alianza, 1981.
3. INSALUD. *Plan de Garantía de Calidad Total en Atención Sanitaria. Programa Marco*. 1.ª Fase. 1986-90. Madrid: INSALUD, 1988.
4. Rosander AC. *The Quest for Quality in Services*. Nueva York: ASQC Quality Resources, 1989.
5. Shewhart WA. *Statistical method from the view point of quality control*. Lancaster: Lancaster Press, 1939.
6. Feigenbaum AV. *Total Quality Control*. Nueva York: McGraw Hill, 1986.
7. Deming E. *Out of the Crisis, Quality, Productivity and Competitive Position*. Massachusetts: Cambridge Univ Press, 1982.
8. Crosby PB. *Quality is free*. Nueva York: McGraw Hill, 1979.
9. Juran JM. *Juran on Leadership for Quality*. Nueva York: Free Press, 1989.
10. Juran JM. (ed). *Juran's Quality Control Handbook*. Nueva York: McGraw Hill, 1988.
11. Ishikawa K. *What is total quality control? The Japanese way*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1985.
12. Ouchi W, Teoria Z. *Como pueden las empresas estadounidenses hacer frente al desafío japonés*. Barcelona: Urbis, 1982.
13. Chase RL, editor. *Implementing Total Quality*. *Managing Service Quality* 1992; 2: 67-115.
14. Hertz HS, Reimann CW, Bostwick MC. *The Malcolm Baldrige National Award concept: Could it help stimulate or accelerate health care quality improvement?* *Quality Management Health Care* 1994; 2: 63-72.

15. Berwick DM. How do CQI and QA differ? *Hosp Peer Review* 1990; 15: 99-101 .
16. Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J. *Curing Health Care. New Strategies for Quality Improvement*. San Francisco: Jossey-Bass Publish, 1990.
17. McLaughlin CP, Kaluzny AD. Total quality management in health: Making it work. *Health Care Mangement Rev* 1990; 15: 7-14.
18. Hornbrook MC. Hospital Case-Mix: Its definition, measurement and usc. part 1. The conceptual Framework. *Med Care Rev* 1982; 39: 73123 .
19. Maslow AM. *Motivation and Personality*. Nueva York: Hayer & Row, 1954 .
20. Wennberg JE. The paradox of appropriate care. *JAMA* 1987; 258: 2568-2569.
21. Eddy DM, Billings J. The quality of medical evidence and medical practice. *Health Affairs* 1988; 7: 19-37.
22. Vayda E. A comparison of surgical rates in Canada and in England and Wales. *N Engl J Med* 1973; 289: 1224-1229.
23. Wennberg JE, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. *Science* 1973; 182: 1102-1108.
24. Donabedian A. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Harbour: Health Administration Press, 1980.
25. OMS-EUR. *The Spanish Total Quality Assurance Programme*. EUR/ICP/HSR 031. 7977S - 1990.
26. Insalud. CIE-9-MC. *Manual de Uso*. Unidad de Calidad Total. Madrid: INSALUD, 1990.
27. Insalud. CIE-9-MC. *Indice Tabular (Volumen 1 y 2); Indice Alfabético (Volumen 3)*. Unidad de Calidad Total. Madrid: INSA-LUD, 1989 .
28. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Manual de Aprendizaje para codificación CIE-9-MC*. Unidad de Calidad Total. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
29. *Analysis of medical data related to resource and cost data*. HOSCOM-AIM. Project 1013 - D.G. XIII. Consisión Unión Europea, 1990.
30. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Gestión Analítica. Hacia la contabilidad analítica en los hospitales*. Unidad de Calidad Total. Programa SIGNO. Manual de Usuario. V. 2.02. Unidad de Calidad Total Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
31. Consejo de Universidades. *Reformas de las enseñanzas universitarias*. Título: Licenciado en medicina y Cirugía. Madrid: Consejo de Universidades, 1988.
32. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Guía de Propuestas para Acreditación Hospitalaria en España*. Unidad de Calidad Total. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
33. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Guía para la prevención y control de la infección en el hospital*. Unidad de Calidad Total. Manual del Programa EPIHOS. V. 2. Unidad de Calidad Total. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
34. *Concerted Action Programme en Quality Assurance in Hospitals- COMAC HSR*. D.G. XII. Bruselas: Comisión Unión Europea, 1990-1993.
35. *Les systemes de santé. A la recherche d'efficacité*. París: OCDE, 1990 .
36. James B. *Quality Management for Health Care Delivery*. Chicago: The Hospital Research and Education Trust of the American Hospital Association, 1989.
37. Sahney VK, Dutkewych JI, Schramn WR. *Quality improvement process: The foundation for excellence in health care*. *J Soc Health Systems* 1989; 1: 17-30.
38. Ovretveit J. *Health Service Cuality. An introduction to quality methods for health services*. Oxford: Scientific Publications, 1992.