

## Revisión

# Cómo instaurar un plan de calidad asistencial en un servicio clínico

M. Herrera Carranza, M. Rodríguez Carvajal, E. Pino Moya, D. Mora López, A. Doblás Claros, M. Castillo Quintero

SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS. HOSPITAL "JUAN RAMÓN JIMÉNEZ" HUELVA.

## RESUMEN

**E**l control de calidad debe incorporarse al proyecto asistencial de cualquier servicio clínico. El Plan General de Calidad debe evaluar los aspectos científicos y técnicos de la actuación, los cuidados humanos recibidos, la seguridad del enfermo y la eficacia de la atención prestada. Su metodología se fundamenta en el análisis de la estructura organizativa y funcional, el estudio del proceso asistencial y la medición de los resultados obtenidos. Para ello se utilizan como instrumentos de valoración criterios, estándares e indicadores, que son los encargados de definir la idoneidad de la asistencia y establecer la vigilancia sistematizada de la actividad. Las medidas correctoras y los ajustes de las desviaciones detectadas se establecen mediante protocolos y guías de práctica clínica específicas. La estrategia para su implantación y desarrollo tiene que ser progresiva y participativa, siendo conveniente nombrar un responsable directo. El objetivo final es la mejora continua de la atención al paciente y familiares y el perfeccionamiento profesional.

**Palabras Clave:** *Calidad asistencial. Control de calidad. Calidad científico-técnica. Calidad humana. Plan de Calidad Asistencial.*

## INTRODUCCIÓN

La calidad asistencial despierta un interés creciente por parte de los profesionales, de las organizaciones e instituciones sanitarias y en general por una sociedad cada vez más exigente con los servicios de salud. Dada la naturaleza de la Medicina de Urgencia y Emergencia, la mejora continua de la calidad es uno de sus fines esenciales y por ello constituye un

## ABSTRACT

How to establish a Health Care Quality plan in a Clinical Service

**T**he quality control must be incorporated to the attendant project of any clinical service. The General Quality Plan has to evaluate the scientific and technical aspects of performance, the human care received, the patient's security and the attendance efficiency. Its methodology is founded on the analysis of the functional and organizational structure, the study of the care process, and the measurement of obtained results. In order to it, the instruments employed are criteria, standards and indicators which are responsible for defining the attendance suitability and establishing the systemic vigilance of the activity. The corrective measures and the adjustment of the detected deviations are fitted through protocols and specific clinical practice guides. The strategy for its implantation and development has to be progressive and participative, it's useful to designate a direct person in charge. The final objective is the continuous improvement of the care to patients and families and the professional perfection.

**Key Words:** *Quality control. Scientific and human quality. Efficiency. General Quality Plan. Care improvement.*

campo actual de estudio e investigación en nuestro país<sup>1-5</sup>. Pero, a menudo, facultativos motivados que quieren iniciar o impulsar este tema en su lugar de trabajo se encuentran desorientados a la hora de aplicar los conceptos teóricos en su servicio concreto, ya que las publicaciones de la literatura científica<sup>6-8</sup>, aunque indudablemente muy útiles, son quizás demasiado genéricas o parciales.

Por dicha razón, el objetivo de este artículo es presentar

**Correspondencia:** Manuel Herrera Carranza. C/ Santa Fe, n.º 3, 1.º B. 41001 Sevilla.

**Fecha de recepción:** 12-6-2000  
**Fecha de aceptación:** 30-11-2000



una *metodología* del control de calidad asistencial con un enfoque práctico y global que le sirva de guía inicial al clínico, tenga o no responsabilidades de gestión.

### ¿Qué es la calidad asistencial?

*Calidad* es el conjunto de funciones y características de un producto o servicio que satisfacen las necesidades de un cierto usuario. *Calidad asistencial* según la Joint Commission<sup>9</sup> es “la medida en que los servicios sanitarios, tanto los enfocados a los individuos como a los colectivos, mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento profesional”. Los métodos que la impulsan deben ser tan rutinarios para los médicos como hacer una historia clínica, explorar a un enfermo, interpretar una prueba complementaria, preparar una sesión bibliográfica, etc. Con esta perspectiva el control de calidad no es más que una herramienta para ayudar a “hacer bien las cosas correctas”.

Lo que expresa el concepto calidad es una práctica profesional caracterizada por los siguientes rasgos<sup>10</sup> (tabla 1): a) conocimientos científicos y tecnológicos disponibles ajustados al estado del arte, b) mínimos riesgos para el paciente, de lesión o enfermedad, asociados al ejercicio clínico, c) uso racional de los recursos, es decir, que no sean ni fútiles ni exagerados, sino eficientes, eficaces y efectivos (tabla 2), y d) satisfacción de los usuarios –pacientes y allegados– con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la atención sanitaria. Estos *componentes* son los que de alguna manera deben quedar incluidos y medirse, total o parcialmente, en cualquier plan de mejora continua de la calidad asistencial.

### ¿Por qué es necesario trabajar con calidad?

Existen múltiples razones individuales e institucionales que obligan a la búsqueda continua de la calidad. El médico en su relación con el enfermo tiene que aplicar los tres principios que constituyen la regla de oro de la ética médica<sup>11</sup>.

1. Principio de la máxima capacidad técnica. El médico tiene que conocer bien los contenidos de su profesión y tener permanentemente actualizada su competencia profesional.

2. Principio de la obra bien hecha. Consiste en realizar lo mejor posible lo que técnicamente hay que hacer.

3. Principio de la autenticidad del bien. Se trata de procurar tanto el *bien natural*, es decir, el logro de la salud, como el *bien personal*, esto es, en concordancia con sus creencias y valores.

TABLA 1. Componentes de la calidad asistencial

1. Práctica profesional o *calidad científico-técnica*.
2. Uso de recursos o *eficiencia*.
3. *Riesgo* del paciente de lesión o enfermedad asociada a los servicios dados.
4. Satisfacción de los pacientes con los servicios prestados o *calidad percibida*.

De otra parte, la Ley General de Sanidad<sup>12</sup> afirma en su artículo 7 que: “Los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema de Salud adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad”. Para ello es fundamental que el hospital desarrolle una metodología que evalúe sistemáticamente sus funciones más importantes, los procesos de trabajo y los resultados de la actuación, es decir, la calidad de la organización.

En esta línea de pensamiento hay pruebas de la influencia de algunas variables no clínicas, relacionadas con la calidad y la gestión, en el desenlace final del enfermo. Así, Zimmerman<sup>13</sup> pudo comprobar entre nueve servicios hospitalarios una menor mortalidad en aquellos con mejor organización, protocolización y coordinación entre médicos y enfermeras. También en el ámbito industrial las únicas empresas que sobreviven y tienen beneficios duraderos son las que incorporan la excelencia<sup>14</sup> en toda su cadena de producción, amén de los otros requisitos que se exponen en la tabla 3.

TABLA 2. Definición de eficacia, efectividad y eficiencia de la asistencia sanitaria

<b>EFICACIA</b>
Efecto beneficioso producido por la intervención terapéutica en condiciones ideales.
<b>EFFECTIVIDAD</b>
Grado de consecución de un objetivo en condiciones reales.
<b>EFICIENCIA</b>
Conjunto de beneficios obtenidos con la intervención en relación al dinero, a los recursos o al tiempo asignado.

TABLA 3. Atributos de las empresas rentables

1. Productos bien definidos.
2. Cultura organizativa centrada en la *calidad*.
3. Redes de comunicación ágiles.
4. Toma de decisiones basada en el acuerdo.
5. Técnicas de manejo de conflictos.

En suma, existen argumentos éticos, morales, legales y de rendimiento clínico que incitan a la implantación de sistemas de control de calidad.

### Estrategia para impulsar la calidad

En nuestra experiencia hay dos cuestiones sustantivas para interesar al servicio en los temas de la calidad de la asistencia:

1. Comprender que estamos inmersos en una época de cambio de *cultura* sanitaria, caracterizada por la aparición de nuevas tendencias<sup>15</sup> en las actitudes de los usuarios, de los profesionales y de las instituciones (tabla 4). El hospital con todos sus servicios debe adaptarse a estas innovaciones si quiere avanzar.

2. Transmitir la idea de provecho clínico, de contribución a la mejora de resultados y no de carga burocrática impuesta por la "Administración". A la palabra control hay que quitarle

el cariz represivo o sancionador y darle un significado de vigilancia de la actividad, de dominio de la situación para corregir y progresar.

Es importante comunicar, incentivar y hacer partícipes del proyecto a todos los miembros del servicio. Para ello pueden ayudar las siguientes recomendaciones: a) designar un responsable si el jefe de servicio no puede asumirlo, ya que por la naturaleza de su cargo es quien tiene esa competencia, b) reunir al equipo y explicar las intenciones, el plan, involucrar al máximo número de personas, c) hacer sesiones de calidad con los primeros datos recogidos, aunque sean todavía incompletos o parciales, d) exponer la memoria anual a todos los facultativos del servicio, usar iconografía como si se tratara de una sesión clínica o publicación, revisar los parámetros de actividad, hacer hincapié en los aspectos mejorables, etc., e) incluir como objetivos del servicio alguna cuestión de calidad de las planteadas en la reunión y acordarlo entre todos, f) integrar a la enfermería, la supervisora debe asistir a las sesiones y el equipo de enfermería cooperar en programas concretos y tener los suyos propios. Estas sugerencias tienen que amoldarse a las peculiaridades de cada hospital y al estilo de cada servicio.

### METODOLOGÍA DE UN PLAN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL

De un modo general<sup>6</sup> las acciones necesarias para la mejora de la calidad asistencial se pueden agrupar en dos categorías:

TABLA 4. Tendencias sanitarias actuales

PRESENTE	FUTURO
Necesidades profesionales.	Necesidades de la población.
Curar enfermedades.	Promoción de la salud.
Frialdad clínica.	Ambiente cálido.
Hospital tradicional.	Área de salud.
Hospital con todos sus servicios.	Centros de responsabilidad.
Servicios aislados, escasa coordinación.	Unidades funcionales, centros operativos.
Actividades diagnósticas y terapéuticas.	Mejora continua de la calidad.
Paciente interno.	Paciente externo.
Paciente cautivo.	Paciente cómodo.
Público poco informado.	Consumidor exigente.
Indiferencia ante el anciano.	Sensibilidad ante el anciano.
"No se puede pasar...".	"Pase, no se va a perder...".
Cirugía y técnicas invasivas.	Procedimientos no invasivos.
Obsoleto a los cinco años.	Pensado para ser flexible.



1. Conocer, registrar y medir lo que se hace. Es lo que podríamos denominar genuinamente “control de calidad”, o sea, saber la actividad que desarrolla el servicio y cuantificarla.

2. Comparar, evaluar y corregir. Los datos, ordenados, se contrastan de forma lineal con los históricos propios o bien de manera paralela con los de otros hospitales de igual nivel o con estándares publicados. Si se verifican carencias o insuficiencias de atención al paciente hay que instaurar medidas correctoras. Este conjunto de intervenciones, dirigidas a la mejora de aspectos concretos, constituye la “política de calidad” del servicio.

Para evaluar la actividad asistencial “normal” se utilizan criterios y estándares y para su vigilancia, indicadores clínicos. Los *criterios* son aquellos elementos que permiten elaborar un juicio beneficioso acerca de la asistencia, por ejemplo: el número de enfermeras por cama, el control del tiempo en la terapia trombolítica, etc. El *estándar* es un requisito que se considera esencial para ofrecer una buena asistencia, el punto que delimita la calidad aceptable de la inadmisibles, por ejemplo: todo paciente admitido en el hospital debe tener una historia clínica completa. Un *indicador* es una medida cuantitativa de la actividad que alerta sobre los aspectos de la asistencia que deben ser vigilados o revisados, ya sean de suceso “centinela” (por ej.: incidencia de infecciones nosocomiales) o basado en un índice (por ej.: porcentaje de infartos agudos de miocardio fibrinolizados).

Este diseño teórico debe generar un *Plan General de Ca-*

*lidad Asistencial* que se desglosa fundamentalmente dos ramas (figura 1): 1) la calidad científico-técnica u objetiva y 2) la calidad de los cuidados humanos o percibida.

1. Calidad científico-técnica.

Consta a su vez de dos programas:

1.1. El *Programa Básico* está orientado a identificar desviaciones de la normalidad o de los estándares admitidos. Para ello se sigue la clásica metodología preconizada por Donabedian<sup>17</sup> de análisis de: a) la *estructura*, que engloba todo lo referente a los atributos estables con los que se da la asistencia tanto humanos y materiales como organizativos, b) el *proceso* de trabajo, que comprende todo lo que los médicos y otros sanitarios hacen con los pacientes y la habilidad con que lo realizan, y c) el *resultado* obtenido, que concierne a lo que beneficia a los enfermos y que puede ser achacado a la asistencia recibida.

1.2. Los *Programas Específicos* están dirigidos a detectar y resolver los *problemas* concretos de calidad que se evidencian por el programa básico, por conflictos internos o con otras unidades y en reuniones o grupos de trabajo del servicio.

2. Calidad humana.

El *Programa de Humanización* está destinado a lograr que las *necesidades* de los enfermos se satisfagan correctamente. Las necesidades humanas básicas son aquellos requerimientos físicos y psicosociales indispensables para que la persona se conserve y desarrolle. Esta noción es extensible a los familiares y allegados, ya que además de utilizar el hospital son el principal soporte afectivo y social del paciente.

De la aplicación del Plan y sus Programas deben nacer

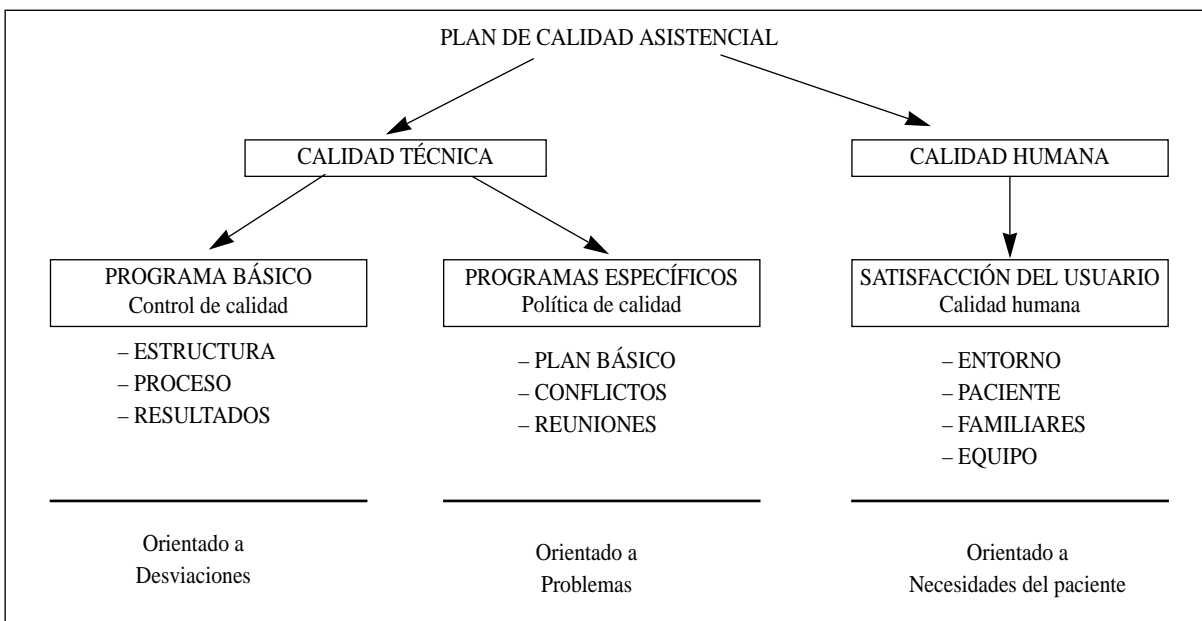


Figura 1. Plan de Calidad Asistencial de un servicio clínico.

los objetivos y las normas o recomendaciones de calidad del servicio.

### Programa Básico

De los contenidos que se exponen a continuación cada servicio debe seleccionar los que considera de mayor importancia o pertinentes.

#### 1. Estructura

Esta sección se refiere a la estructura física y funcional, los recursos humanos y los materiales, incluyendo los registros básicos.

##### 1.1. Redacte un *plan funcional* (tabla 5).

1.2. Componga o utilice una *ficha de paciente* con el "Conjunto Mínimo de Datos".

#### 2. Proceso.

Este apartado pretende monitorizar la actividad asistencial: lo que se hace y como se hace.

2.1. Lleve un control de los *parámetros de descripción funcional*.

También llamados indicadores hospitalarios (IH): número de pacientes al año, pacientes por cama y año, número de enfermos de consulta, estancia media, índice de ocupación, promedio diario de ingresos y altas, reingresos, mortalidad general.

2.2. Defina y estratifique las *poblaciones patológicas* atendidas (*casística*). Edad y sexo, flujo de pacientes, procedencia de enfermos urgente y programados, diagnósticos o grupos diagnósticos relacionados (GDR), gravedad, traslados a otros centros, etc. Describa en cada grupo los IH.

2.3. Vigile algún *indicador clínico* de calidad asistencial. Sobre eventos centinelas o tipo índices de los disponibles actualmente<sup>2,3,5</sup>.

2.4. *Protocolice* el manejo y la terapéutica de las situaciones y procesos clínicos más frecuentes en el servicio y elabore las correspondientes *Guías de Práctica Clínica*.

2.5. Incentive la realización de protocolos de *procedimientos de enfermería*.

2.6. Recopile, describa o protocolice las *técnicas diagnósticas* más relevantes. Las de más impacto en el servicio por su incidencia, complejidad, coste, morbilidad.

2.7. Haga una *previsión anual* de la actividad del servicio.

– Enfermos.

Número, diagnósticos (GDR), origen urgente, programado o de consulta, operaciones, exploraciones, sesiones, publicaciones, trabajos científicos, etc.

– Material fungible.

TABLA 5. Contenido del Plan Funcional de un servicio clínico

#### 1. INTRODUCCIÓN

– Justificación y motivo del Plan Funcional.

#### 2. EL HOSPITAL

– Nivel, área de cobertura, servicios.

– Posibilidades de atención a los pacientes.

#### 3. EL SERVICIO

– Posición en el hospital.

– Definición, campo asistencial, límites.

– Estructura y áreas asistenciales.

– Personal.

– Recursos humanos.

#### 4. LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES

– Cartera de servicios.

– Política de enfermos: criterios de admisión y exclusión, prioridades de ingreso.

– Trabajo asistencial.

– Labores administrativas.

#### 5. CONTROL DE CALIDAD

– Datos de enfermos.

– Criterios, estándares o indicadores.

– Protocolos y guías de práctica clínica.

– Valoración de la satisfacción de los usuarios.

– Seguimiento de enfermos.

#### 6. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

– Oportunidades.

– Amenazas.

– Puntos fuertes.

– Puntos débiles.

#### 7. LA DOCENCIA

– Programa de actividades formativas.

– Cronograma de sesiones propias.

#### 8. LA INVESTIGACIÓN

– Líneas de desarrollo.

– Proyectos, ayunas internas y externas.

#### 9. OBJETIVOS

– Descripción de la situación del servicio.

– Problemas y prioridades.

– Objetivos asistenciales, docentes, de investigación y organizativos.

#### 10. APÉNDICE

– Documentación complementaria y anexos.



– Nuevas tecnologías que se quieren introducir con informe justificativo.

2.8. Efectúe un seguimiento de la *política de antibióticos* del servicio.

2.9. Controle la *infección nosocomial* y protocolice las técnicas de barrera.

2.10. Pida información sobre los *costes* de su servicio.

Esta información es difícil de obtener y la disponibilidad de datos puede variar mucho de un hospital a otro. No obstante, hay experiencias muy útiles en áreas de urgencias para estudiarlos<sup>4,18,19</sup>.

### 3. Resultados.

Se debe investigar la morbilidad y las secuelas del proceso si las hay.

3.1. Registre la tasa de *mortalidad* del servicio.

Global y por patologías, precoz y tardía, ajustada o relación entre mortalidad observada y mortalidad esperada si se conoce.

3.2. Haga *sesiones* de mortalidad periódicamente.

Orientadas a investigar si la muerte está suficientemente documentada, si era previsible y justificada, si hubo complicaciones atribuibles a los procedimientos diagnósticos o terapéuticos, si se adoptaron medidas contra el dolor y la ansiedad, si hubo exceso de tratamiento o futilidad del mismo<sup>10</sup>. Tras este análisis se puede clasificar el caso clínico por el tipo de muerte y sus repercusiones en una de las categorías expresadas en la tabla 6.

3.3. Recoja alguna *complicación o iatrogenia* que le preocupe.

Efectos adversos de fármacos, úlceras por presión, caídas de cama, neumotórax por punción, etc.

3.4. Analice la *calidad de vida* postingreso con alguna escala validada.

3.5. Las *necropsias realizadas*: número de estudios al año y porcentaje sobre ingresos.

### Programas específicos

El Plan Básico puede mostrar desviaciones de los estándares establecidos por tendencias históricas, por comparación con servicios de nuestro entorno o por la literatura médica. Pero también es posible que se evidencien por *conflictos* internos o externos, en las *relaciones* con otros servicios o en las *reuniones* de trabajo.

La naturaleza de dicho alejamiento de la norma puede ser diversa: ocupación baja, estancia excesiva, demoras de atención, altas indebidas, mortalidad elevada en alguna patología concreta, diagnóstico insuficiente o tardío, “escapes” de enfermos que no ingresan, ingresos no adecuados o pertinentes, au-

TABLA 6. Categorización de la sesión de mortalidad

1. CLASE I	Muerte no evitable, sin recomendaciones.
2. CLASE II	Muerte no evitable, se hacen algunas recomendaciones pero sin influencia en el destino final del paciente.
3. CLASE III	Consideraciones significativas acerca del exitus del paciente. Los cuidados prestados deben revisarse y corregirse.
4. CLASE IV	Consideraciones y advertencias importantes. Hay un problema grave de calidad que requiere cambios en el proceso asistencial, los protocolos diagnósticos o terapéuticos, la política del servicio o del hospital.

mento de infecciones propias, morbilidad alta en una técnica particular, iatrogenia, muchos reingresos, etc. Cualquiera de las situaciones anteriores se puede convertir en un *problema de calidad* que una vez identificado debe poner en marcha un *programa específico* para averiguar sus causas y proponer medidas correctoras<sup>21</sup>.

La metodología debe ser parecida a la empleada en la elaboración de los protocolos: estudio y revisión de la materia por una persona encargada o grupo, discusión en el servicio, acuerdo final y documento de consenso. Los pasos, resumidos, son:

1. Decida la actividad asistencial a *vigilar o mejorar*.
2. Seleccione lo más *significativo o relevante*.
3. Busque *criterios o estándares* establecidos bien históricos o en la bibliografía.
4. Escoja *indicadores* relacionados.
5. Haga un análisis de la *situación* en ese momento.
6. Elabore una *guía práctica* de actuación con las medidas necesarias para corregir el problema.
7. Instaure un sistema de recolección y registro de datos.
8. Después de un período establecido, estudie dichos *datos* y evalúe la eficacia de las correcciones.

### Calidad de los cuidados humanos

Asistencia es “la aportación de alojamiento, bienestar y de tratamiento considerado a un individuo, a lo que se incluye ade-

más la responsabilidad por la seguridad<sup>79</sup>. Por tanto, el *bienestar* de los enfermos es una cualidad intrínseca de la asistencia y durante la hospitalización está relacionado con tres circunstancias<sup>22</sup>: a) consecución de sus necesidades elementales, b) respeto a sus derechos humanos, y, c) cumplimiento de sus expectativas de atención. No se concibe pues calidad sin satisfacción de los usuarios, ya que son dos conceptos íntimamente ligados. De hecho, constituye el cuarto componente de la calidad asistencial.

Durante su permanencia en el hospital se deben proteger y fomentar las siguientes *necesidades básicas* del paciente: a) intimidad, b) confidencialidad en los asuntos mostrados en la tabla 7<sup>23</sup>, c) seguridad, d) comunicación, e) valores y creencias, f) asistencia religiosa, g) resolución de quejas.

Los *derechos de los pacientes* están ordenados por la Ley General de Sanidad<sup>12</sup> en su artículo 10. De la lectura de ellos se deducen que los pacientes competentes pueden tomar parte en los siguientes aspectos de la asistencia: a) dar el consentimiento previa información, b) formular directrices previas, expresar sus últimas voluntades, c) tomar decisiones y resolver dilemas acerca de la atención médica, d) renunciar a las posibilidades de resucitación cardiopulmonar, e) continuar o retirar un tratamiento de mantenimiento vital.

La *familia* es esencial para la adaptación del paciente a su nuevo estado y para la curación, pero a su vez la enfermedad de uno de sus miembros crea en su seno una situación de crisis. Por ende, la familia tiene necesidades propias<sup>24</sup> (tabla 8) y en la medida en que se satisfacen habrá un efecto benefactor o negativo sobre ella misma, el paciente y el equipo sanitario; entre las más perentorias están las de acompañar, visitar y permanecer junto a su pariente el máximo tiempo. Los períodos de acompañamiento deben ser definidos, amplios y frecuentes, tanto como la situación clínica del enfermo y la de la unidad de hospitalización lo permitan.

La *información*<sup>25</sup> a los pacientes y familiares debe ser sistematizada, progresiva, homogénea y organizada, con horarios prefijados. Para que haya una comunicación efectiva el mensaje debe ser entendido y recordado, lo que se facilita si la explicación es pausada y ordenada y se utiliza un lenguaje sencillo, sin tecnicismos, adaptado al grado de instrucción y cultura del interlocutor. La entrevista se hará en privado, con un número limitado de personas, en un despacho destinado a tal efecto y donde se guarden los principios esenciales de una comunicación de calidad: intimidad, respeto mutuo y tiempo suficiente; por ello, se debe rechazar enérgicamente la información de "pasillo". Los motivos más frecuentes de reclamaciones, escritas o verbales, son la falta de información, los fallos de organización, un proceso asistencial incorrecto, una estructura defectuosa o maltrato humano<sup>26,27</sup>.

De entre todas las intervenciones sobre el entorno, el pa-

TABLA 7. Asuntos que protege el derecho del paciente a la confidencialidad

1. Toda injerencia en la vida privada, familiar y doméstica.
2. Todo atentado a su integridad física, mental o a su libertad moral o intelectual.
3. Todo atentado a su honor o a su reputación.
4. Toda interpretación perjudicial dada a sus palabras o a sus actos.
5. La divulgación intempestiva de hechos molestos en relación con su vida privada.
6. La utilización de su nombre, de su intimidad o de su imagen.
7. Toda actividad tendente a espiarle, vigilarle u hostigarle.
8. La interceptación de su correspondencia.
9. La utilización malévola de sus comunicaciones privadas, escritas u orales.
10. La divulgación de informaciones comunicadas o recibidas por él bajo secreto profesional.

ciente, la familia y el equipo que configuran el *Plan de Humanización* que se muestra en la tabla 9, destacamos las siguientes actuaciones prácticas<sup>28</sup>:

1. Regule la *información* al paciente y a la familia. Confeccione un folleto que les oriente en el hospital y en el servicio.
2. Permita *visitas* prolongadas de los familiares. Regule y controle pero no sea restrictivo.
3. Haga una política individualizada y directa sobre las *reclamaciones*. Entrevístese personalmente con todas las partes implicadas, reclamante y personal sanitario. Conteste con

TABLA 8. Necesidades de los familiares de los enfermos

1. Necesidades que disminuyen la ansiedad.
2. Necesidades de información.
3. Necesidades de estar con el enfermo.
4. Necesidades de hacer algo en el cuidado del paciente.
5. Necesidades de soporte emocional.
6. Necesidades físicas o de bienestar personal.



TABLA 9. Plan de humanización de un servicio clínico

## ACTUACIONES SOBRE EL ENTORNO

- Habitación individual.
- Luz natural, vistas al exterior.
- Sala de familiares acondicionada.

## ACTUACIONES SOBRE EL PACIENTE

- Defensa de la intimidad y autoestima.
- Tutela de la confidencialidad.
- Fomento de la seguridad y comodidad.
- Información.
- Respeto a los valores individuales.
- Asistencia religiosa.
- Resolución de quejas.

## ACTUACIONES SOBRE LA FAMILIA

- Información.
- Visita directa y presencia humana.
- Colaboración en los cuidados.
- Participación en la toma de decisiones.
- Apoyo a sus necesidades.

## ACTUACIONES SOBRE EL EQUIPO SANITARIO

- Creación de grupos de trabajo.
- Formación específica.

prontitud, dé las explicaciones requeridas y no tenga reparos en pedir disculpas si considera que hay motivo para ello.

4. Pase una *encuesta* sencilla de satisfacción de los usuarios.

5. Redacte un documento de *consentimiento* que aclare y asesore sin atemorizar, que ayude al enfermo a tomar la decisión más correcta, la que más le convenga de acuerdo con sus creencias y valores. Recomiende y aconseje la mejor opción según su saber, pero no la imponga.

## INICIACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL EN UN SERVICIO

El desarrollo de un Plan General de Calidad Asistencial debe ser progresivo y adaptarse al tipo y características funcionales del servicio y del hospital. El *Programa de Iniciación*, que resumimos en la tabla 10, podría estar constituido por los siguientes apartados<sup>29</sup>:

TABLA 10. Programa de inicio de un Plan de Calidad Asistencial de un servicio clínico

1. Cartera de servicios.
2. Previsión anual de actividad.
3. Control de pacientes.
4. Objetivos ligados a la calidad.
5. Continuidad de la asistencia.
6. Seguridad de los pacientes.
7. Satisfacción de los usuarios.

1. Confeccionar la cartera de servicios.
  - Definición e identificación de los pacientes que se atienden.
    - Listado y descripción de los servicios que se ofertan a los enfermos, a los familiares y a otros servicios (“clientes internos”).
2. Prever la actividad anual.
  - Número de pacientes, perfil de las poblaciones patológicas, características de la demanda.
    - Procedimientos y técnicas.
    - Innovaciones justificadas.
3. Elaborar un sistema de control de pacientes.
  - Ficha de enfermos.
  - Recogida y registro de datos.
  - Procedimientos y circuitos clínico-administrativos.
  - Rutina informática.
4. Fijarse objetivos ligados a la calidad.
  - Implantación de protocolos o guías de práctica clínica.
  - Selección de algunos criterios e indicadores que delimiten un nivel de calidad predeterminado.
5. Dar continuidad a la asistencia.
  - Normas para mejorar la coordinación interna (entre facultativos, entre secciones, con enfermería, etc.), con otros servicios, con hospitales, con Atención Primaria.
    - Resolver el problema del traslado de los pacientes, especialmente de las emergencias y críticos.
6. Mejorar la seguridad de los pacientes.
  - Registrar algún tipo de iatrogenia, complicaciones o accidentes ideseables.
7. Informarse sobre el grado de satisfacción de los usuarios.
  - Estudiar las reclamaciones, escuchar las sugerencias, pedir opiniones.
  - Pasar periódicamente alguna encuesta de satisfacción a enfermos y familiares.



## BIBLIOGRAFÍA

- 1-** Overton DT (ed.). La calidad en medicina de urgencia. *Clin Med Urg Nort* (ed. español) 1992;3:509-687.
- 2-** Tejedor M, Martín JM. Sistema de calidad en un Servicio de Emergencias Sanitarias. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:671-9.
- 3-** Conjunto mínimo de indicadores de actividad y calidad en Servicios de Urgencias Hospitalarios y Extrahospitalarios. Documento de consenso. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Comité Científico, mayo 2000.
- 4-** Tejedor M, Jiménez L, Bandera JJ y Grupo de Costes de la SEMES. El coste de los procesos clínicos en los Servicios de urgencias y Emergencias. *Emergencias* 1998;10:393-405.
- 5-** Manual de indicadores de actividad y calidad para los Dispositivos y Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias. Grupo de Calidad del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2000.
- 6-** Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (V Congreso SAMIUC, Huelva 1983). Control de Calidad en Medicina Intensiva. Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía. Madrid, Editorial Mezquita, 1984.
- 7-** Delgado R, Suñol R. Los programas de calidad a nivel de los servicios clínicos. *Todo Hospital* 1991;80:25-9.
- 8-** Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Barcelona, Masson, 1988.
- 9-** Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Manual de Acreditación para Hospitales 1996. Barcelona: SG Editores y Fundació Avedis Donabedian, 1995; 258.
- 10-** Litvan H, Segoviano PF, Burgués J, Net A, Villar JM. El control de calidad en los servicios clínicos. *Control de Calidad Asistencial* 1990;5:33-8.
- 11-** Segovia JM. Ética del diagnóstico médico. En: Vilardell F (editor). *Ética y medicina*. Madrid, Espasa Universidad, 1988;149.
- 12-** Ley General de Sanidad. Madrid, Tecnos, 1991.
- 13-** Zimmerman JE, Shortell SM, Rousseau DM, Duffy J, Gillies RR, Knaus WA, et al. Improving intensive care. Observations based on organizational case studies in nine intensive care units: A prospective multicenter study. *Crit Care Med* 1993;21:1443-51.
- 14-** Deming WE. Quality, Productivity and Competitive position. MIT 1982.
- 15-** Guilera E. Variables y tendencias del futuro sanitario en los países desarrollados. Libro de Ponencias, X Jornadas de Trabajo de la Asociación de Enfermería Española (AED), 1990; 21-7.
- 16-** Abizanda R, Vázquez G. Concepto de gestión de las UCI. Lo esperado frente a lo conseguido. Objetivos. Control de calidad. En: Abizanda R. La UCI como centro de responsabilidad. Planificación y control. Madrid, Idepsa, 1991;277-302.
- 17-** Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (2ª parte). *Control de Calidad Asistencial* 1991;2:31-9.
- 18-** Torres JM, Jiménez L, Tejedor M, Keller I, Temes JL. Coste por proceso en Urgencias. *Todo Hospital* 1999;157: 383-90.
- 19-** Tejedor M, Jiménez L, Torres JM. El sistema ABC en el análisis de coste de los procesos clínicos en las unidades de Urgencias y Emergencias. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:312-20.
- 20-** Boiteau P. Mortality and morbidity review. Death classification. Toronto, Critical Care Unit, Mount Sinai Hospital, 1997.
- 21-** Zapico N, Bajo A, Bringas J, Pastor FM, García A, Thomson K. Control de calidad en un servicio de urgencias: enfoque de proceso y resultados. *Emergencias* 1999;11:413-6.
- 22-** Herrera M, López F. Por encima de la tecnología: humanizar la medicina intensiva. En: Gómez-Rubí J, Abizanda R. *Bioética en Medicina Intensiva*. Barcelona, Edikamed 1998; 213-27.
- 23-** Villalain JD. Ética y medicina. *Medicine* (ed. español) 1992;3:37-48.
- 24-** Dalay L. The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. *Heart Lung* 1984;13:231-7.
- 25-** López F, Berlanga S, Herrera M. La información a la familia como parte de los cuidados. *Sesiones para la Salud*, 1991;1:4-7.
- 26-** Schwartz LR, Overton DT. La gestión de las quejas y el descontento del enfermo. *Clin Med Urg Nort* (ed. español) 1992;3:589-603.
- 27-** Instituto Nacional de la Salud. Estudio sobre la satisfacción de los enfermos en los hospitales del Insalud. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo 1985;93-5.
- 28-** Herrera M. Calidad de los cuidados humanos: un reto para el fin de siglo. *Med Intensiva* 1993;17:401-6.
- 29-** Pérez-Lázaro JJ. Elaboración de un programa de calidad en una unidad asistencial. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Diciembre 2000.