

AAU

AMERICAN ANDRAGOGY
UNIVERSITY



Sistemas de Calidad y Mejora Continua

Plan de calidad en una Unidad / Servicio / Centro de Salud

**Juan Ramón García Mata
José Ignacio Barrasa Villar**

4.1.- Introducción a la actividad planificada

Introducción



Una vez revisados los conceptos, herramientas y métodos de la calidad es necesario introducir un elemento que armonice su desarrollo en el contexto de la organización a nivel de la unidad funcional: Servicio o Unidad a nivel hospitalario, o Centro de Salud en atención primaria (a partir de este momento al hablar de Servicio nos estaremos refiriendo a todos estos ámbitos).

Los programas externos de la calidad favorecen la implantación y gestión de la calidad en una empresa, aunque son los programas internos los que verdaderamente implican a los profesionales y personas en el entorno nuclear del trabajo.

Necesariamente, el programa de calidad de un Servicio debe estar encuadrado en el plan estratégico de la organización y en los sistemas de gestión que de modo general se estén desarrollando: EFQM, ISO, Joint Commission, etc. En realidad, forma parte de un desarrollo en cascada que articula la gestión de calidad de la organización.

Aunque el Servicio es el nivel mas cercano al lugar donde se produce la actividad productiva (asistencial, de soporte administrativo, etc.), y por lo tanto, contempla los aspectos mas concretos y palpables de la calidad, no es posible su puesta en marcha sin un requisito: **el liderazgo directivo**.

La experiencia de muchos años y diversos autores demuestra que los programas de calidad que se implantan con gran energía en los Servicios y Unidades Clínicas así como en los Centros de Salud, languidecen y acaban en fracaso a corto o medio plazo si no se encuadran en el marco organizativo de la empresa y son liderados –además de por el Jefe de Servicio, responsable de la Unidad o coordinador del Centro de Salud-, por el máximo responsable de la organización: la dirección-gerencia y por extensión el conjunto del equipo directivo. No hay nada mas desmoralizador para el personal que trabaja en calidad que no ser estimulado desde la propia organización y contemplar que los problemas de calidad detectados que requieren apoyo externo no son secundados por los máximos representantes de la organización.

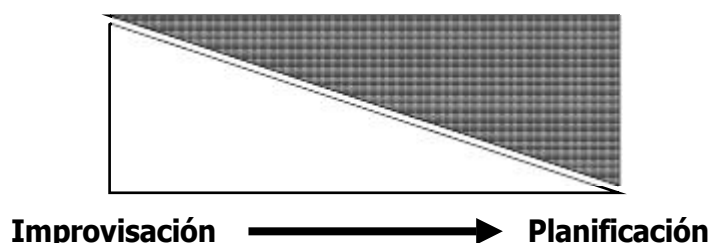


De la misma manera, poner en marcha un programa de calidad en un Servicio sin el liderazgo del Jefe de Servicio es también una tarea bastante inútil –salvo Unidades con gran nivel de autonomía y Jefaturas de Servicio con ciertos niveles de pasividad-. La calidad necesita liderazgo directivo al más alto nivel y a todos los niveles. La calidad en el ejercicio directivo es una tarea indelegable, se puede designar responsables de calidad, gestores de procesos, responsables de grupos de mejora, pero en definitiva lo que se está es estableciendo son mecanismos de operatividad, no se delega la responsabilidad. Así mismo, necesita apoyo, facilitación e incentivación externa.

Es necesario elaborar un **documento explícito**, que desarrolle los planteamientos, actividades, responsabilidades e indicadores. A este documento le llamamos **Plan de Calidad del Servicio**. Se trata de un plan, es un programa, el tema semántico tiene una importancia menor. En planificación sanitaria como en el campo de la gestión, existen múltiples escuelas, lo importante es que se trata de organizar el futuro, dibujar un mapa de ruta para llegar a un destino.

Cuando los Servicios que comienzan a trabajar de una manera explícita en calidad empiezan a elaborar un plan de calidad, lo primero que mencionan es que muchas de las actividades que recogen ya las vienen desarrollando; esto es cierto, pero no de una manera explícita ni demostrable, no constan explícitamente los objetivos, ni las actividades, ni las estrategias, ni los responsables, ni los tiempos de ejecución, ni los indicadores de evaluación, etc.; nos estamos moviendo en el campo de la improvisación. No es lo mismo hacer consentimientos informados en un servicio, que disponer de plan en el que figure como objetivo mejorar la información, encuadrar en ella los consentimientos informados, encargar a un responsable de su seguimiento y actualización, establecer un cronograma, diseñar un estándar de buena práctica, realizar periódicamente una evaluación sobre sus niveles de cumplimentación, introducir mejoras sobre aquello que no acaba de funcionar todo lo bien que debería, y medir la satisfacción de los pacientes sobre la información que reciben.

Existen niveles de aplicación variables en el camino de la planificación, lo importante es introducirse en él, ya que caminamos en la aplicación de un instrumento que permite racionalizar las decisiones y orientar los recursos hacia el logro de objetivos establecidos previamente. Gestionar el futuro.





Podríamos establecer, inicialmente, una diferencia operativa entre lo que se entiende por plan o programa; diríamos que estamos ante un programa si se ha incorporado el factor tiempo a los objetivos y actividades. Un plan suele tener su origen en el análisis y diagnóstico de las situaciones mejorables. Un plan a veces se compone de varios programas que afrontan áreas muy diferenciadas.

Algunas veces, en los manuales de planificación se establecen jerarquías entre planes, programas, propósitos y fines, metas, objetivos, objetivos principales y objetivos secundarios, etc. La transcripción desde otros idiomas, en nuestro medio desde el inglés y francés – muchas veces indistinta-, no ayuda a su esclarecimiento: *mission, goal, objective, detailed objective, target; but, objectif, sous objectif*.

Entenderíamos por **propósito** el estado hacia el que se orientan decisiones y medios, sin estar sometido a limitaciones ni recursos disponibles. No necesita ser cuantificado:

- Asegurar las prestaciones necesarias para atender y mejorar la satisfacción de los pacientes.

Un **objetivo general** es un estado de cosas medible y accesible que debe existir en un lugar y tiempo determinado, como resultado de la utilización de los recursos. Debe comprender: el estado a alcanzar, la medida que se espera conseguir (estándar), el lugar y momento (tiempo) en que se piensa alcanzar, y el sujeto de las acciones:

- Mejorar la satisfacción de los pacientes en el Servicio de Cirugía Torácica, durante el año 2007 (estándar a alcanzar: 95,8% de satisfacción).

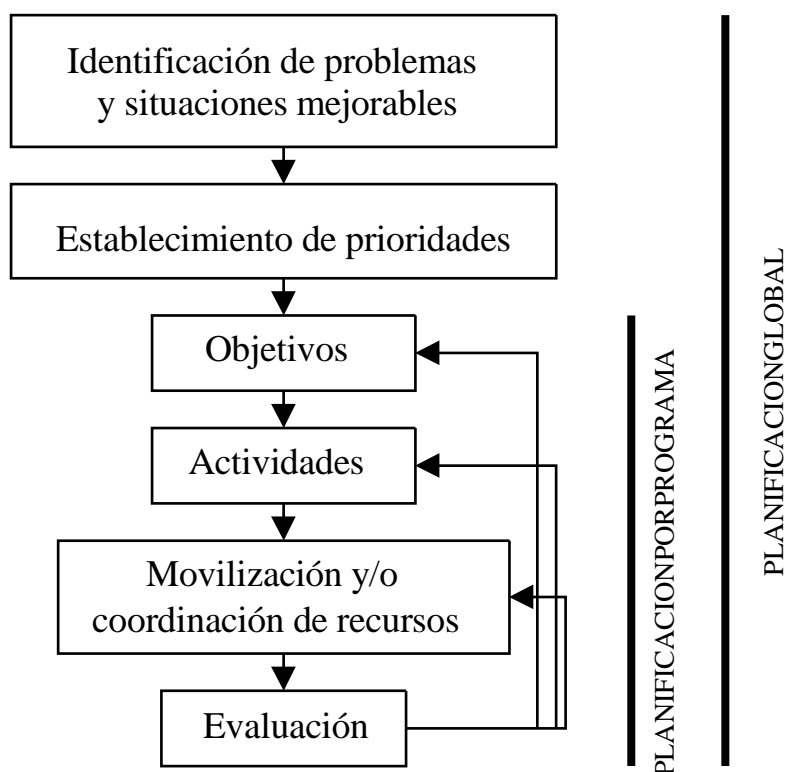
Un **objetivo específico**, es el resultado deseado y cuantificable de ciertas actividades, y que se dirige hacia los componentes del objetivo general o de un problema:

- Mejorar la satisfacción con la información al ingreso en planta de los pacientes en el Servicio de Cirugía Torácica, durante el año 2007 (estándar a alcanzar: 98% de satisfacción).
- Mejora la satisfacción con la información sobre el procedimiento quirúrgico de los pacientes en el Servicio de Cirugía Torácica, durante el año 2007 (estándar a alcanzar: 98% de satisfacción).
- Mejora la satisfacción con la calidad de las comidas de los pacientes en el Servicio de Cirugía Torácica, durante el año 2007 (estándar a alcanzar: 90% de satisfacción).

A veces se confunden los objetivos específicos con las **actividades**; las actividades son “cosas a hacer”, “tareas” para alcanzar los objetivos. Lo cierto es, que en dependencia de cómo se formulen, pueden tener un epigrafiado u otro, sería un tema menor.

- Sesiones informativas para el personal de enfermería sobre el contenido del plan de acogida en planta, distribución del documento.
- Aplicación por todo el personal del plan de acogida en planta.
- Entregar el folleto de información de la planta a todos los pacientes que ingresen
- Mejorar la práctica de la presentación del personal.

La secuencia de planificación, mas frecuentemente utilizada es la que parte del análisis de situaciones mejorables y finaliza en el ciclo evaluativo.



En la planificación de calidad muchas veces se introduce un término suplementario que es el de **línea de mejora**, su equivalencia sería el de una agrupación de objetivos de similar naturaleza hacia una determinada situación mejorable.

Ejemplos de líneas de mejora:

- Mejorar la información al paciente
- Disminuir los tiempos de espera
- Disminuir la variabilidad clínica
- Minimizar los riesgos del paciente
- Incrementar la implicación del personal

Algunas personas y líderes consideran que un programa de calidad puede alcanzar resultados importantes en un corto periodo de plazo; es el culto a lo inmediato en el que a veces nos encontramos inmersos, ayudados por recetas de gestión de la calidad milagrosas y modas con evidencias poco claras. En calidad los resultados sólidos se obtienen a medio y largo plazo; sólo la concienciación y formación del personal y equipo directivo suele costar al menos dos años. Si lo aceleramos, a veces impulsados por personas con gran entusiasmo, se puede conducir al efecto contrario: agotamiento y desilusión, creando una bolsa de anticuerpos ante experiencias futuras.

4.2. Estructura de un plan de calidad.

Introducción

Si se refiere al plan de calidad de toda la organización es necesario observar una arquitectura mas formal, y algunos de sus componentes deben estar cuidadosamente estructurados (principios rectores, ámbito de actuación, objetivos, recursos, etc.).

El plan de calidad de un Servicio o una Unidad tiene que ser fundamentalmente un instrumento operativo, en el que la extensión debe de ser la mínima imprescindible, evitando disponer de un plan teórico perfectamente elaborado, de bajas o nulas repercusiones prácticas. Se trata de disponer de un instrumento que ordene y dirija de forma operativa las actividades de calidad del Servicio.



La norma ISO 9001:2000 marca reglas al respecto en varios apartados, pero aquí vamos a establecer un instrumento accesible a todos los Servicios y que ha demostrado su utilidad práctica en nuestro medio en servicios clínicos y de gestión.



Esquema general del documento de un Plan de Calidad de Servicio:

- 1. Portada: Título y fecha de vigencia**
- 2. Índice**
- 3. Principios del Plan de Calidad del Servicio/Unidad.**
- 4. Diseño del programa.**
 - 4.1. Organigrama funcional y jerárquico del Servicio
 - 4.2. Autoridad y responsabilidad:
 - 4.2.1. Equipo directivo
 - 4.2.2. Jefe de Servicio/Unidad
 - 4.2.3. Responsable de calidad
 - 4.3. Órganos de apoyo:
 - 4.3.1. Grupo de Calidad del Servicio
 - 4.3.2. Equipos de procesos
 - 4.3.3. Subgrupos de calidad
 - 4.3.4. Unidad de Calidad
 - 4.3.5. Comisiones Clínicas
- 5. Desarrollo del programa.**
 - 5.1. Cartera de Servicios
 - 5.2. Análisis de campo de fuerzas o Gráfico DAFO
 - 5.3. Sistema de identificación y priorización de problemas de calidad y situaciones mejorables. Sistemas de detección de necesidades y expectativas de clientes.
 - 5.4. Líneas de actuación:
 - 5.4.1. Relacionadas con la dimensión científico-técnica (práctica profesional y prevención del riesgo).
 - 5.4.2. Relacionadas con la mejora de procesos.
 - 5.4.3. Relacionadas con la mejora de la eficiencia (utilización de recursos)
 - 5.4.4. Relacionadas con la satisfacción del cliente.
 - 5.5. Selección y monitorización de indicadores.
- 6. Evaluación de actividades y resultados del Servicio. Acciones de mejora.**
- 7. Información, formación y participación de los profesionales.**

Desarrollo del esquema general

Vamos a desarrollar los diversos elementos de los que se compone el plan:

Portada: Debe figurar el título así como el periodo de su vigencia, un año o mejor dos podrían ser una buena opción.

PLAN DE CALIDAD DEL SERVICIO/UNIDAD DE NEUMOLOGIA. AÑO 2007
PLAN DE CALIDAD DEL CENTRO DE SALUD RAMON Y CAJAL. 2007-08.
PLAN DE CALIDAD DEL SERVICIO DE ADMISION. 2007-08.

Índice: sólo será necesario en el caso de una extensión superior a 10-15 hojas. En cualquier caso las hojas deben estar numeradas, y si es posible con un encabezado o pié de página que reproduzca el título. Ya se ha comentado anteriormente, que el mejor plan de calidad de Servicio es aquel que es breve.

Principios del plan de gestión de calidad: Se trata de una declaración en la que se hace constar los principios rectores en los que se inspira el contenido del plan. Aunque se pueda pensar que es un aspecto demasiado retórico, tiene su importancia, ya que nos va a ayudar a ver si la orientación que le damos en su contenido y puesta en marcha es la pertinente, además va a establecer un acuerdo de mínimos entre los miembros del Servicio.

Esta declaración se puede basar en varios aspectos, y por lo tanto tienen diversas orientaciones. Ejemplos de estas orientaciones serían:

- Recoger escuetamente el contenido de la misión, visión y valores de la organización. Algunos Sectores, Hospitales, Atención Primaria, tienen definidos y aprobados dichos elementos rectores.
- Hacer una adaptación al Servicio de la misión visión y valores de la organización.
- Adaptar los principios generales de mejora continua de calidad: nuestros clientes son nuestra razón de ser, los miembros del servicio el activo mas importante para alcanzar la calidad del Servicio, adoptar decisiones basadas en hechos, etc.
- Adaptar los ocho principios fuerza de la gestión de calidad descritos en otro apartado anterior, al hablar de las normas de la serie ISO 9000: Organización enfocada al cliente, liderazgo, participación del personal, enfoque basado en procesos, enfoque de sistema para la gestión, mejora continua, enfoque basado en hechos para la toma de decisiones, relación de socio –mutuamente beneficiosa- con los proveedores.
- A nivel macro, el Ministerio de Sanidad y Consumo dispone de un Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, actualizado en al año 2007. Este plan puede dar orientaciones tanto para definir principios, como para interiorizar actividades en los apartados posteriores del plan de calidad de un Servicio.
- <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/planCalidad2007.pdf>

Lo importante es que esta orientación surja de la discusión del equipo que elabora el plan y que sea lo mas sencilla posible.

Diseño del programa: hay que explicitar cómo está organizado y las áreas generales de responsabilidad y colaboración.

Hay que atribuir al equipo directivo las funciones que lógicamente tiene asignadas en el programa de calidad del Servicio, en especial de liderazgo y apoyo. Puede consignarse el papel que corresponde a Gerencia, Dirección Asistencial, de Enfermería, Gestión y Subdirecciones, o englobarlas todas en el área de sus competencias.



El jefe de Servicio, es el encargado de liderar el plan de calidad del Servicio, en el sentido de establecer los objetivos, determinar y asignar los medios para alcanzarlos, impulsar la consecución de los objetivos y controlar los resultados.

La Unidad de Calidad, en el caso de existir, tiene una función de impulsar, facilitar y monitorizar el programa de calidad del conjunto de la organización; en este sentido, participa en el plan de calidad del Servicio promoviendo la participación de los profesionales en las actividades de calidad que se desarrollen, facilitando apoyo logístico y metodológico y organizando programas docentes de gestión de la calidad.

Las otras estructuras existentes, incluida el grupo de calidad del Servicio cuyas funciones se describen mas adelante, van a estar en dependencia de la estructura del propio centro.

Desarrollo del programa:

□ **Cartera de servicios:**

se trata del catálogo de actividades que pretenden dar respuesta a la razón de ser de nuestra existencia en la organización y en la sociedad. Son las actividades que prestamos a nuestros potenciales clientes (internos y externos) y a la sociedad en general. Es necesario enumerar actividades asistenciales, de docencia e investigación. Su explicitación implica también un compromiso con su desarrollo.

Se puede incluir la cartera de servicios en el plan de calidad como anexo o remitirse al plan general de gestión del Servicio. Las Sociedades científicas, en el área asistencial, han trabajado para homogeneizar estos aspectos en sus áreas de desarrollo y existen referencias a nivel estatal para muchas especialidades. La Comunidad Autónoma de Aragón ha aprobado durante 2007 las carteras de Servicio para cada especialidad, atención primaria, etc. así como los mecanismos para modificarla. La revisión de la cartera de servicios en el momento del análisis de situaciones mejorables permite ver aspectos poco desarrollados, o que presumiblemente podrían ir mejor en su funcionamiento, incluyéndolos como áreas de mejora en el plan de calidad.

□ **Análisis de campo de fuerzas o gráfico DAFO:**

La utilización de una u otra de estas herramientas de trabajo, ya conocidas, permiten posicionarse estratégicamente en la implantación y desarrollo del plan de calidad. Son elementos de primer orden en la gestión del plan de calidad, también pueden realizarse y no incluirse en el plan, o ser incluidas como un anexo en el documento formal. El trabajo en equipo y las herramientas de consenso son útiles para su elaboración; una posibilidad para su desarrollo, es que el grupo de calidad lo elabore en sus primeras reuniones, ya sea sólo o con extensión a otros miembros del Servicio.



□ **Sistema de identificación y priorización de problemas de calidad y situaciones mejorables.**

□ **Sistemas de detección de necesidades y expectativas de clientes:**

Debe quedar establecido qué sistema se va a utilizar en el Servicio para este fin, ya que es el punto de arranque de todo programa de calidad.

Hay que revisar los sistemas de identificación de situaciones mejorables para establecer los que más se adaptan a la situación concreta; ineludiblemente será necesario incluir la voz de los profesionales y la del cliente –ambas–; la utilización de la tormenta de ideas o un grupo nominal, para la perspectiva de los profesionales, y encuestas sugerencias y reclamaciones para la de los clientes son opciones muy comúnmente utilizadas.

La suma de las dos perspectivas da una buena fotografía de la situación que permite elaborar un listado de áreas de mejora sobre las que priorizar, mediante las herramientas ya conocidas, y establecer líneas/objetivos de mejora.

- **Líneas de actuación:** están necesariamente entroncadas con el análisis y establecimiento de áreas de mejora que acabamos de revisar.

Un buen sistema para el planteamiento es agruparlas por: a) relacionadas con la dimensión científico técnica, b) relacionadas con la mejora de procesos, c) relacionadas con la mejora de la eficiencia y d) relacionadas con la satisfacción del cliente.

- a) **Relacionadas con la dimensión científico técnica:** en este apartado se incluyen aquellos objetivos que tienen que ver con la práctica profesional y la prevención de riesgos:

Tipo de actividades:

Disminuir la variabilidad: elaboración/actualización de protocolos, vías clínicas.
Mejorar las competencias: formación continuada, desarrollo de sesiones regladas, etc.
Mejora de las tasas de infección hospitalaria, de flebitis, de úlceras, de errores de medicamentos, etc.

- b) **Relacionadas con la gestión de procesos:** establecer equipos de proceso siguiendo la sistemática de la gestión por procesos. Se pueden incluir en este apartado otros aspectos como la mejora de la continuidad entre servicios o entre niveles asistenciales.

Tipo de actividades:

Establecimiento de abordajes mediante la gestión por procesos.
Mejoras de la derivación de pacientes entre atención primaria y especializada.
Mejora de sistemas de comunicación entre servicios clínicos y de gestión.
Actividades de coordinación medicina-enfermería.
Establecimiento de consultas de alta resolución.

- c) **Relacionadas con la mejora de la eficiencia:** son muchas las situaciones en las que se puede intervenir en ésta área en relación con un uso mas racional de los recursos.

Tipo de actividades:

Disminución de las estancias inadecuadas
Pruebas innecesarias
Tratamientos innecesarios o uso de alternativos mas económicos (genéricos).
Actuaciones con paciente hiperfrecuentadores en atención primaria.

- d) **Relacionadas con la satisfacción del cliente:** deben partir de análisis de las necesidades y expectativas (clientes internos y externos), por lo tanto ello debe marcar la dirección de las líneas. Las preguntas abiertas de las encuestas, fundamentalmente ¿qué es lo que menos le ha gustado?, y ¿qué es lo que mas le ha gustado?, son muy eficientes en la búsqueda de líneas de mejora en este campo.

Tipo de actividades:

Mejora de la información (incluye elaboración de soportes informativos)
Cambios en horarios
Cultura de la identificación y presentación
Implantación de sistemas de recogida de la voz del cliente
Actuaciones en el campo de la hostelería.

Muchas veces, es difícil clasificar actividades en las diferentes líneas de mejora, ya que afectan a más de una (es un tema científico-técnico, que mejora la eficiencia y la satisfacción de pacientes, etc.). Sin ir más lejos, podría ser discutible el epígrafe en el que se han situado las actividades que se han descrito anteriormente. Debe intentarse clasificar en la línea mas afectada; aunque lo importante es que las actividades se expliciten en alguna línea de mejora, el lugar podría ser secundario.

- **Selección y monitorización de indicadores:** es necesario elaborar un cuadro de mando con los indicadores de calidad que se van a monitorizar en el periodo de vigencia del plan de calidad. Indudablemente, deben definirse previamente los elementos que constituyen el indicador (para que quede correctamente dibujado), marcar un estándar y es muy útil recoger en la tabla el índice del indicador obtenido en el periodo anterior. Cuando decimos que la calidad debe medirse estamos hablando de este apartado.

Deberíamos llegar a tener establecido un cuadro de mandos en cada Servicio en el que de cada indicador constara al menos: nombre del indicador, estándar a alcanzar, periodicidad de medición, fuente de información y nivel alcanzado.

Evaluación de actividades y resultados del plan de calidad: Se procederá a evaluar de forma continuada las actividades correspondientes a los objetivos de calidad planteados. A final de año se establecerá una evaluación anual de los objetivos del contrato de gestión, de cuya marcha a lo largo del año se habrá establecido algún otro resultado intermedio.

Los audits que se lleven a efecto, en relación generalmente con temas científico-técnicos, se incluyen en este apartado (evaluación de protocolos, etc.).

Información, formación y participación de los profesionales: Todos los integrantes del servicio deben conocer los objetivos y política de calidad del Servicio y de la Institución, para obtener su compromiso de participación en los mismos.

Deben introducirse planes de formación y motivación con objeto de:

- conseguir sensibilizar al conjunto del Servicio en los aspectos de mejora de calidad
- conocer las herramientas metodológicas para el análisis y resolución de problemas de calidad.
- extender al máximo la participación en la definición y resolución de problemas.
- fomentar las sugerencias del personal para la mejora de la calidad

Se consideran prioritarios los programas de formación que contemplan aspectos de relación con los pacientes, relaciones interpersonales y trabajo en equipo, normalización del procesos asistencial y autoevaluación de actividades.

4.3 Recomendaciones para la puesta en marcha del plan de calidad de un Servicio:

A la hora de poner en marcha un programa de calidad en un Servicio existen algunos elementos que la experiencia demuestra que mejoran la introducción y su mantenimiento.

1. **Considerar el liderazgo del responsable del Servicio o Centro de Salud como motor del programa.** Sin ello es difícil su puesta en marcha y mantenimiento. Esta condición requiere que el Jefe del Servicio tenga formación en gestión de la calidad.

Un aspecto que resulta útil es que en las memorias de acceso a los niveles de responsabilidad de los Servicios, se valore de forma específica su orientación a la gestión de la calidad. Un jefe de Servicio que presenta un proyecto de este tipo, es una garantía de su puesta en marcha.

2. **Debe existir un compromiso institucional explícito con la mejora de la calidad:** esto se cumple cuando la Dirección Gerencia y los equipos directivos se implican en el plan de calidad de la organización y lo lideran, estimulan y asumen como propios los planes de calidad de los Servicios, se apoya la formación metodológica en calidad y se asume que el programa de gestión de calidad de la organización no es un programa más, sino que trae consigo una nueva filosofía de trabajo que debe impregnar al conjunto de la organización. Se debe tener claro que no se trata de un programa coyuntural o cosmético, que se preocupe más de los síntomas que de las causas.

3. **Existencia de un coordinador o responsable de calidad en el Servicio:** designado por el Jefe de Servicio, es el encargado de liderar el grupo de mejora de calidad, así como por delegación del Jefe de Servicio, establece la coordinación en temas de calidad y gestión de procesos con los otros Servicios y la Unidad de Calidad.

La experiencia de nombrar coordinadores de calidad mediante votación del grupo, que es otra opción (probablemente en los Centros de Salud sea más adecuada), ha llevado a veces a una situación bicéfala en los Servicios con establecimiento de competitividades directivas, que en el tema de la calidad no es lo deseable. La calidad es necesariamente una función directiva al más alto nivel, también en el Servicio. El responsable de calidad representa el mismo papel que el tutor en el área docente, en que el Jefe de la Unidad Docente sigue siendo el Jefe de Servicio.

4. **Constitución de un grupo de mejora de calidad:** éste es un elemento básico, no se trata de que sus componentes sean los que trabajen en la calidad del Servicio, sino que impulsen las tareas. Las funciones del grupo de calidad se podrían resumir en: a) impulsar el Plan de Gestión de Calidad del Servicio/Unidad/Centro de Salud, bajo el liderazgo del Jefe de Servicio/Coordinador; b) centralizar la información sobre situaciones mejorables –identificación y priorización de problemas y situaciones mejorables- ; c) promover el análisis y evaluación de los objetivos; d)

seleccionar, proponer y monitorizar los indicadores de calidad del Servicio, y e) proponer y realizar un seguimiento de las actividades de mejora.

5. **En el grupo de calidad tienen que estar presentes todos los estamentos y niveles que intervienen en la prestación del servicio.** En un Servicio clínico estaríamos hablando de personal médico (incluido MIR, si existe), de enfermería (diplomados y auxiliares), administrativos y celadores. En un centro de salud se incluirían trabajadores sociales, y otros profesionales de unidades de apoyo, etc. Si hablamos de servicios quirúrgicos mas complejos habría que contar con personal de planta, quirófanos, consultas, etc. Es importante que el grupo de mejora sea operativo, y por lo tanto no sobrepase los 8 miembros.

La constitución del grupo de mejora, junto con el responsable de calidad, es un hecho de primer orden para el éxito del programa. Es necesario combinar la publicidad de su constitución y su posibilidad de acceso para los componentes del Servicio, con el acierto en la elección de sus componentes.

Es frecuente encontrar, que en Servicios con un nivel cooperativo bajo, la constitución de grupos de mejora sirve para impulsar el conjunto del Servicio y aglutinar intereses y fuerzas.

6. **Sensibilización y formación en calidad:** el personal del Servicio debe tener formación básica en mejora de calidad. Habitualmente, esta materia no se contempla en los contenidos de las diplomaturas o licenciaturas en medicina y enfermería, con lo que es necesario una formación de postgrado, en tanto no se cubre el vacío. En el momento actual es muy difícil trabajar en calidad sin metodología, ya que existen instrumentos específicos, a diferentes niveles de complejidad, que favorecen y canalizan este trabajo.

La formación debe establecerse para el conjunto del personal del Servicio, aunque pueda hacerse a diferentes niveles; existe un nivel general que puede realizarse mediante sesiones del Servicio apoyadas por alguna sesión inicial introductoria, de mayor alcance; estratégicamente puede aprovecharse la presentación del programa de calidad a todo el Servicio. Las Unidades de Calidad deben colaborar en este cometido y los equipos directivos tener presencia que afiance el alcance estratégico del tema.

El personal que vaya a trabajar de forma mas concreta en el impulso del programa de calidad (grupo de mejora), debe recibir una formación de tipo genérico en gestión de calidad. Se debe alcanzar que este determinado grupo de personas con un mayor liderazgo y compromiso disponga de conocimientos en el encuadre de la calidad en la organización y sus herramientas de trabajo. El objetivo es alcanzar en el Servicio una "masa crítica", capaz de impulsar inicialmente el programa e irse extendiendo, con el paso del tiempo, de tal manera que el grupo inicial que trabaje en calidad puede llegar a ser reemplazado al cabo de un periodo de tiempo (de dos a cuatro años).

Los profesionales con formación básica en gestión de calidad deben ir incrementado su nivel de conocimientos en el área, lo que les permitiría encontrar nuevas áreas de desarrollo: EFQM, ISO, gestión de procesos, estancias inadecuadas, gestión de indicadores, etc.

7. **Implantación de programas factibles:** Los programa de calidad hay que implantarlos de forma progresiva, en función de la situación inicial de cada Servicio; deben centrarse en problemas o situaciones mejorables concretas, cuyas mejoras sean posibles con recursos propios. Por ejemplo, si se ha detectado que no hay sesiones clínicas, que es necesario elaborar información escrita para pacientes, que hay que protocolizar alguna patología prevalente, etc. ; ver que las situaciones mejorables se van solucionando anima al equipo de trabajo a continuar en la tarea, por el contrario estrellarse en las primeras acciones produce desencanto y abandono.

El trabajo paulatino ayuda a incorporar metodología y experiencia.

8. **Difundir los resultados al conjunto del Servicio:** aprovechar espacios comunes, o mejor, programar espacios periódicamente para tratar del plan de calidad y distribuir tareas. Que las soluciones emanen del conjunto mejora su implicación y cumplimiento.
9. **Implantar progresivamente un sistema de monitorización de indicadores:** el Servicio tiene que llegar a un nivel en el que su producto de calidad sea medible y susceptible de monitorización.
10. **Garantizar la confidencialidad de resultados de evaluaciones:** cuando el análisis afecta a individuos del grupo, cada uno debe saber sus datos, la media del grupo y el mejor. Evita rechazos innecesarios.
11. **Canalizar la participación del usuario:** De acuerdo con las características de cada Servicio, estamos hablando de clientes internos y/o externos. Aunque los mas veteranos de un Servicio manifiesten que conocen perfectamente lo que los clientes piensan y necesitan de ellos, el universo de las sorpresas es infinito, cualquier empresa con esta actitud estaría condenada a no sobrevivir; es necesario establecer canales de información por cualquiera de los mecanismo descritos en este módulo.

Es necesario elaborar un **reglamento de funcionamiento** del grupo de mejora, en el que se contemplen al menos: la composición, renovación, organización de las reuniones, las funciones asumidas y su distribución, las relaciones con el Servicio, y las normas de elaboración de la memoria anual de calidad del Servicio.

Ejemplo

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"</p>	<p>REGLAMENTO INTERNO DE FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO DE MEJORA DE CALIDAD</p>	<p>Código: Página 1 de..... Versión: 1.0 Fecha aprobación Servicio: Fecha aprobación Dirección:</p>
SERVICIO/ UNIDAD DE.....		

1. Funciones del Grupo de Mejora:

El grupo de mejora es el encargado de impulsar el Plan de Gestión de Calidad del Servicio/Unidad, bajo el liderazgo del Jefe de Servicio. Centraliza la información sobre situaciones mejorables –identificación y priorización de problemas y situaciones mejorables-, promueve el análisis y evaluación de los objetivos, y propone las actividades de mejora. Selecciona, propone y monitoriza los indicadores de calidad del Servicio.

2. Composición:

El grupo de mejora del Servicio/ Unidad de se compondrá de:

- médicos
- DUES
- Auxiliar de Clínica
- Otros: Auxiliar administrativo, Celador, MIR....

El Responsable de Calidad actuará de coordinador del grupo de mejora.

Son miembros natos del grupo de mejora el Jefe de Servicio y la Supervisión de enfermería.

Al grupo podrán incorporarse de forma temporal – para una reunión o un tiempo parcial- aquellos miembros del Servicio que se encuentran desarrollando proyectos concretos de mejora de calidad y dicho tema figure específicamente entre los asuntos a tratar por el grupo de mejora.

3. Nombramientos y renovación:

El Responsable de Calidad será designado por el Jefe de Servicio, conforme el Reglamento de las Comisiones Clínicas y Grupos de Mejora de Calidad del Hospital Universitario Miguel Servet.

El grupo de mejora se configurará preferentemente mediante la presentación voluntaria de sus miembros, procurando que quede formado mediante el consenso del Servicio.

Los miembros se mantendrán durante un periodo mínimo de dos años. Al finalizar el mismo se facilitará la renovación del grupo procurando mediante la renovación parcial combinar la continuidad de los proyectos y la incorporación de nuevos miembros interesados. El Servicio/Unidad de renovará cada dos años el% de sus miembros. En el caso de no existir personas interesadas los miembros se renovarán por un periodo de otros dos años.

4. Reuniones:

El grupo de mejora se reunirá al menos con una periodicidad mensual, será convocado por el Responsable de Calidad y tendrá un orden del día prefijado.

Se pondrá en conocimiento del Jefe de Servicio y de la Supervisión de Enfermería del Servicio/Unidad cada reunión formal del grupo de calidad; el responsable de calidad diseñará / pondrá en conocimiento conjuntamente con el Jefe de Servicio el orden del día de la reunión.

El grupo elegirá un Secretario que elaborara un acta de la reunión, en el acta –que quedara archivada en el Servicio/Unidad- figurará: el número de reunión correspondiente al año, los asistentes a la reunión, la fecha y lugar de celebración, la hora de comienzo y finalización, así como los acuerdos fundamentales alcanzados. Las actas serán firmadas por el Responsable de Calidad y el Secretario, y remitidas al Jefe de Servicio/Unidad y la Supervisión de Enfermería de la Unidad, incluso aunque formaran parte del grupo de mejora, así como a todos los integrantes del grupo de mejora.

5. Mecanismos de comunicación con el Servicio/Unidad:

El responsable de calidad informará del contenido de las reuniones del grupo de mejora de forma periódica a todo el Servicio, y conjuntamente con los integrantes del mismo se procederá a la completar los análisis, y fijación de acciones de mejora, así como la distribución de responsabilidades en el Plan de Gestión de Calidad del Servicio.

6. Memoria anual:

De forma anual el Responsable de Calidad elaborará una memoria que será remitida por el Jefe del Servicio/Unidad a la Subdirección correspondiente y a la Unidad de Calidad.

En ella se incluirá al menos: Los integrantes del grupo de mejora, el número de reuniones desarrolladas por el grupo, y actas elaboradas en el año, el Plan de Gestión de Calidad del Servicio, el resultado de los objetivos de calidad del contrato de gestión anual, los indicadores de calidad seleccionados y monitorizados por el Servicio/Unidad y sus resultados anuales.

Hay que finalizar con lo obvio: ningún programa de calidad camina solo, por gravedad; es muy importante contar con el entusiasmo de las personas, pero se requiere que los líderes trabajen y den ejemplo, que pongan en práctica esa habilidad directiva de primer orden que es ilusionar a los colaboradores, y que todas las personas que participan aporten su esfuerzo. Y ¿el tiempo para reunirse y trabajar en la calidad del Servicio?, el tema quedará resuelto cuando se integre como una actividad más a desarrollar, de gran importancia estratégica, y no se considere una actividad suplementaria –como una guinda en un pastel-, deben considerarse las actividades de calidad como una inversión de presente y futuro y no como algo que consume recursos; si las empresas que compiten en un mercado altamente competitivo lo consideraran así, seguro que no sobrevivirían.