

La gestión de la calidad en las instituciones sanitarias. Una mirada cualitativa

» Juan Carlos Duro Martínez¹, Ricardo Ruiz de Adana Pérez²

» *1*Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Doctor en Sociología. Área de Formación de la Agencia Laín Entralgo y Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad Complutense de Madrid.

» *2* Médico Especialista en Medicina Interna y Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe de Estudios de la Agencia Laín Entralgo. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

El propósito de este artículo es reflexionar sobre la gestión de la calidad que pueden llevar a cabo los profesionales que ocupan distintos niveles directivos en las instituciones sanitarias incorporando elementos desde una mirada cualitativa (1).

La mirada cualitativa sobre la gestión de la calidad en las instituciones sanitarias no se reduce a la utilización de diferentes técnicas cualitativas en el análisis e intervención de los problemas a mejorar (obviamente esto estará incluido), sino que nos puede permitir ampliar su consideración teórica, incluyendo niveles contextuales más complejos, utilizar métodos y procedimientos más plurales, flexibles y abiertos, y complementar las técnicas cuantitativas basadas en la recolección de datos con técnicas cualitativas basadas en la producción de discursos de los protagonistas.

La gestión de la calidad en las instituciones sanitarias

Para ilustrar qué entendemos por gestión de la calidad en las instituciones sanitarias partamos de dos sencillas definiciones.

Gestión: *hacer diligencias conducentes al logro de un objetivo.*

Calidad: *satisfacer las expectativas del cliente al menor coste posible.*

La gestión de la calidad en las instituciones sanitarias serán pues todas las diligencias que llevan a

cabo sus directivos y profesionales para satisfacer las expectativas de los clientes (externos/usuarios, internos/profesionales y 'supra'/políticos¹) al menor coste posible (económico, en términos de salud, de *burnt out*, de rentabilidad política, etc.) (2).

Las expectativas de los usuarios (cliente externo) estarán directamente relacionadas con sus problemas de salud/enfermedad y se expresarán a través de sus demandas al sistema sanitario. Demandas de prevención, de curación, de rehabilitación, de cuidados, etc. a las que se responden desde los distintos niveles del sistema sanitario (Atención Primaria, Atención Especializada y Hospitalaria, Centros Específicos, etc.).

Las expectativas de los profesionales (clientes internos) estarán directamente relacionadas, por un lado, con el hecho de ejercer su profesión de manera gratificante con sus correspondientes compensaciones materiales (sueldos dignos, condiciones laborales adecuadas, etc.) y psicosociales (reconocimiento social y profesional, trabajo en equipo, etc.), y por otro, con los razonables éxitos en la atención a las demandas de los usuarios. Las expectativas de los profesionales se expresarán a través de sus demandas a sus correspondientes niveles directivos (en menor medida también hacia sus iguales e incluso subordinados). Demandas de mejores condiciones laborales, de reconocimiento profesional, de participación en la organización de su trabajo, etc.

Las expectativas de los políticos (clientes 'supra') estarán directamente relacionadas con su mantenimiento en el poder y, por lo tanto, con la imagen social de buena gestión política cara a los usuarios en tanto ciudadanos, y sobre todo en tanto votantes, y se expresarán a través de demandas a sus niveles directivos 'subordinados'. Demandas de 'datos' llamativos, de inauguraciones con repercusión en los medios, de notas de prensa, etc.

Los directivos que quieran mejorar la calidad de sus instituciones no sólo han de tener en cuenta 'por separado' a los tres tipos de clientes a los que nos hemos referido anteriormente, sino además las interrelaciones que se producen entre ellos dentro (o alrededor) de la institución sanitaria y de dichas interrelaciones entre ellos y otros actores sociales en el contexto social.

El ciclo de mejora

Un elemento clave en la gestión de la calidad en las instituciones sanitarias es el denominado ciclo de mejora o ciclo evaluativo y que constituye una de las actividades más frecuentes en los programas de gestión de calidad. Con el ciclo de mejora se pretende identificar "un problema"² u oportunidad de mejora en algún aspecto de los servicios que se están ofreciendo en las instituciones sanitarias, analizar por qué se produce, diseñar e implantar actividades cuyo fin sea elevar el nivel de calidad del aspecto elegido, y verificar que se alcanza el máximo que permita el contexto en el que se prestan los servicios (3). El ciclo de mejora se entiende habitualmente como un punto de inflexión en la dinámica de las instituciones con un inicio y un final, como un paréntesis en el funcionamiento 'normal' de la institución, la cual una vez mejorado el aspecto en cuestión seguirá funcionando 'normalmente'. Para dar una vuelta de tuerca más, nosotros propondríamos denominar al proceso de



¹ Los políticos de los que dependen las instituciones sanitarias podemos definirlos como clientes 'supra' de servicios sanitarios. Clientes a caballo entre lo externo y lo interno, por encima de los directivos ('supra'), a los que, sin duda, éstos también han de dar respuesta y, de alguna manera, satisfacer sus expectativas.

Correspondencia:
Juan Carlos Duro Martínez
Agencia Laín Entralgo.
Gran Vía, 27. 28013 Madrid
✉: juancarlos.duro@salud.madrid.org

mejora *la espiral de mejora continua* (figura 1) en lugar de ciclo de mejora, entendiendo como tarea consustancial al funcionamiento institucional la mejora continua de sus actividades y partiendo de la premisa teórica que los cambios reales (y la mejora no deja de ser un cambio valorado por alguien como positivo) en las instituciones no se producen de manera acumulativa, lineal y cerrada, sino que suponen, saltos 'cualitativos' con cambios de funcionamiento organizacional, nuevas tareas, nuevos compromisos institucionales y profesionales, etc. Estos cambios tampoco se mantienen por sí solos en el tiempo, sino que requieren un seguimiento y una evaluación continuada sin que tengamos ninguna garantía de continuidad en los objetivos alcanzados, ya que, en nuestro entorno, las instituciones están demasiado expuestas a los vaivenes sociales y políticos.

El hecho de proponer una espiral de mejora continua no invalida, sino que exige, la puesta en marcha de ciclos evaluativos para la mejora de aspectos parciales, por lo que nos detendremos en las clásicas fases de este ciclo para introducir en ellas aquellos aspectos cualitativos que consideramos enriquecen el planteamiento de base.

Nos referiremos al directivo que ha de tomar la decisión de iniciar un proceso de mejora en la institución, o servicio, del que es responsable.

Identificación de la oportunidad de mejora de un problema y análisis de sus posibles causas

Esta primera fase del ciclo de mejora constituye el punto de partida de cualquier proceso de investigación, a saber, se trata de investigar cuál es el problema que se quiere mejorar, la oportunidad de mejorarlo y conocer las posibles causas del mismo. Parafraseando a Ibáñez (4), quien plantea que en el diseño de toda investigación hay que tener en cuenta tres niveles: epistemológico, metodológico

y tecnológico, aplicaremos estos tres niveles en la consideración de la identificación de la oportunidad de mejora de un problema.

Nivel epistemológico:

Toda investigación parte de una demanda de alguien. El directivo(s) que se plantea iniciar un ciclo de mejora parte de una demanda de alguien para que lo haga. Dicha demanda se produce en un momento histórico y en un contexto social e institucional determinado. Puede provenir de él mismo (autodemanda), de los profesionales, de los usuarios considerados individualmente o como grupo de presión -asociaciones, a través de los medios de comunicación, etc.-, de los políticos, o de la combinación de varias demandas.

En todos los casos, la expresión de una demanda en forma de petición de mejora responde a intereses de diverso signo y naturaleza, no ajenos a los valores sociales dominantes, sean intereses económicos, electorales, de poder, de prestigio, etc. de parte de políticos y/o profesionales o intereses de grupos específicos de pacientes. ¿Para qué la mejora?, ¿para quién sus posibles beneficios? Evidentemente estos intereses³ no son necesariamente incompatibles con intereses más 'socialmente correctos' como el del trabajo bien hecho o el de dar un servicio de calidad al usuario.

Analizar los aspectos implícitos de las demandas, desbrozando estos intereses para tenerlos en cuenta, clarificando qué entienden por mejora, qué disposición tiene para liderar el proceso y cualquier otro aspecto relacionado con ella, puede ayudar al directivo a delimitar el problema, a mejorar, ser consciente de la posible viabilidad de la mejora y posteriormente poder establecer las estrategias de mejora buscando la colaboración de los actores más proclives al cambio. Entre otros aspectos puede

2 Aunque en el texto nos vamos a referir siempre a 'un problema' a mejorar, siguiendo la denominación más extendida al respecto, en realidad la mejora siempre se puede plantear sobre cualquier aspecto institucional, aún cuando éste no tenga la categoría de 'problema'

3 Aquí no cuestionamos la legitimidad de los intereses de los actores sino que enfatizamos la necesidad de conocerlos para que, en la medida de lo posible, se tengan en cuenta a la hora de poner (o no poner) en marcha un proceso de mejora en las instituciones sanitarias.

ayudarle a decidir la constitución y composición del Grupo de Mejora.

Para analizar la demanda de mejora el directivo, ahora ya integrado en el Grupo de Mejora, podrá realizar entrevistas abiertas individuales o grupales más o menos formalizadas así como un cierto proceso de autoanálisis de la propia implicación de los directivos, y del Grupo de Mejora en su caso.

Nivel metodológico:

Una vez que el Grupo de Mejora ha analizado la demanda le corresponde en el nivel metodológico: definir las características del problema a mejorar y decidir el método de investigación a utilizar para conocer las extensiones del problema a mejorar.

Definir el problema a mejorar

Aunque se parta de una demanda de mejorar tal o cual problema, en general será necesario delimitar sus características en particular, ¿quiénes son los clientes afectados por el problema?, ¿es un problema aislado o está relacionado con otros problemas?, ¿cuáles son sus causas según los diferentes sectores implicados? (usuarios -pacientes y/o familiares-, profesionales, otros directivos, otras instancias como asociaciones, proveedores, etc.), ¿qué alternativas de mejora proponen los sectores implicados?, etc. En función de las características del problema se decidirá el método de investigación.

Decidir el método de investigación para definir el problema a mejorar

En la dinámica de las instituciones, las interrelaciones entre las personas y entre los grupos formales e informales que la constituyen son suficientemente complejas para que cualquier cambio que implique a una parte afecte, en mayor o menor medida, a las otras. Además, las relaciones de los profesionales con los usuarios también se ven afectadas por esta dinámica institucional además de por las propias características de los usuarios en sus relaciones con los profesionales (interfaz).

Las relaciones de poder, rivalidades, envidias, etc. en las que todos los integrantes de una institución

participan, pueden dificultar el proceso de mejora en tanto los que lo lideran (parte de la institución) investigan a (y posteriormente intervendrán con) otros profesionales de la misma institución. Desde unas relaciones preestablecidas no se puede investigar a una parte de esa relación sin, al menos, tener en cuenta la influencia de las relaciones previas en los mismos resultados de la investigación.

En este momento metodológico el Grupo de Mejora ha de decidir si la metodología a seguir será de investigación-acción, eligiendo en cada momento quién hace qué parte de la investigación y qué parte de la intervención, o si será una metodología estructural encargada a alguien externo a la institución que le devolverá los resultados de la investigación al Grupo de Mejora para el diseño de la estrategia de intervención. La flexibilidad de la metodología admite fórmulas mixtas como por ejemplo que la metodología de base sea la investigación-acción (es decir, que el Grupo de Mejora perteneciente a la institución lidere tanto la investigación como la intervención pero para aspectos puntuales de la investigación (y quizás también de la intervención) se pueda recurrir a expertos externos a la institución.

En el proceso de investigación de la oportunidad de mejora de un problema se ha de tener la suficiente flexibilidad para que, según lo que se vaya encontrando: causas, implicados, etc., se pueda variar el camino preestablecido recurriendo a nuevas formas de recogida de información.

Nivel tecnológico:

En función del método de investigación elegido se decidirán qué técnicas son las más adecuadas para conocer el problema a mejorar. Evidentemente, la caja de herramientas de la que pueden disponer los directivos, y los Grupos de Mejora, contiene variadas y abundantes técnicas para la recogida de información. El uso complementario de técnicas cuantitativas y cualitativas adaptadas a cada contexto institucional permitirá tener una visión holística del problema a mejorar, de sus posibles causas y de las posibilidades de intervención sobre el mismo.

Las técnicas cualitativas serán apropiadas para recoger los discursos (opiniones, expectativas, actitudes, valores, representaciones sociales, etc.) de los distintos actores relacionados con el problema a mejorar. Como técnicas de elección para conocer las opiniones de los distintos actores que tienen algo que decir sobre el problema a mejorar se pueden utilizar entrevistas abiertas o semiestructuradas individuales a informantes claves o con grupos preformados (de profesionales, de asociaciones de usuarios, etc.).

Los grupos focales o los grupos de discusión se podrán utilizar cuando el problema a mejorar afecte a un amplio universo discursivo. Servirán para conocer el discurso de los diferentes segmentos sociales afectados por el problema a mejorar o implicados en su resolución.

La observación participante de manera sistemática puede ser una buena técnica para detectar comportamientos en vivo de los profesionales y sus interrelaciones con los usuarios en el funcionamiento institucional y por lo tanto identificar oportunidades de mejora.

El análisis cuantitativo y cualitativo de documentos escritos: historias clínicas, partes de incidencias, hoja de reclamaciones, etc. complementará la información necesaria en el proceso de identificación de oportunidades de mejora.

Otras técnicas como el *brainstorming* o tormenta de ideas y grupos nominales o de consenso también pueden ser útiles para explorar el problema a mejorar desde el punto de vista de los profesionales y orientar para la priorización de los mismos.

Acabada esta primera fase del ciclo de mejora se estará en buena disposición de iniciar un proceso de intervención que posibilite mejorar la calidad del problema a mejorar una vez que se haya medido⁴ su

grado de cumplimiento, se haya compararlo con los estándares propuestos y se hayan consensuado los criterios de calidad que se van a aplicar (6).

Intervención para la mejora del problema definido

Aunque ya en el proceso de investigación, especialmente si la metodología utilizada ha sido de investigación-acción, se produce una cierta intervención, y por lo tanto seguramente se haya generado algún cambio conducente a la mejora del problema del que se trate, en algún momento se puede establecer un punto de inicio de la intervención para la introducción de medidas de mejora.

Las medidas a implantar y las estrategias y técnicas a utilizar en dicho proceso serán adoptadas por el Grupo de Mejora a partir de los resultados de la investigación sobre las causas del problema y en las medidas propuestas por los actores implicados sectores implicados.

Entre las medidas de mejora deseables habrá algunas cuya implantación requiera que el Grupo de Mejora se las plantee a los máximos responsables administrativos o políticos de la institución, lo que exigirá un alto poder de convicción buscando siempre la máxima de que los gestores o políticos 'ganen algo' con esos cambios (o al menos 'no pierdan', lo que puede suceder si tienen algún conflicto en la institución a raíz del ciclo de mejora).

Otras medidas podrán ser llevadas a la práctica por el Grupo de Mejora, ya que serán los profesionales de la institución (o los usuarios) los que tendrán que protagonizar los cambios. Con el fin de ver qué estrategias y qué técnicas serán las más adecuadas para promover el cambio, el Grupo de Mejora tendrá que analizar e 'interpretar' los discursos de los implicados buscando su sentido en el contexto institucional, prestando especial

⁴ Se parte de la base de que para llevar a cabo un ciclo de mejora el problema a mejorar tiene que ser mensurable (en valores absolutos o porcentuales por ejemplo) de manera que se sepa de qué valores extensivos métricos se parte, a cuáles se quiere llegar (estándar definido) y finalmente a cuáles se ha llegado. Si el problema a mejorar no fuera métricamente cuantificable se tendría que recurrir a otros niveles de medición intensiva no métrica, ordinal o nominal, es decir no traducible en números (5).

atención a los posibles puntos de resistencia al cambio que se pueden presentar en el proceso de implantación de las propuestas de mejora.

La intervención psicosocial que, sin duda, conlleva todo ciclo de mejora ha de procurar fomentar al máximo posible la participación activa de las personas que son objeto del cambio, ya sea en cambios en la organización, en los puestos y procesos de trabajo o en cambios de actitudes y comportamientos respecto al desempeño profesional. Propiciar la motivación para el cambio, incentivar la formación en aspectos relevantes para el cambio y fomentar el trabajo en equipo serán las principales tareas del Grupo de Mejora, para las que podrá utilizar distintas modalidades de técnicas grupales facilitando la escucha activa inter e intra profesionales.

Conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para los promotores de procesos de mejora en las instituciones sanitarias

Estrechamente ligado con las estrategias y técnicas de implantación de medidas de mejora están los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para los promotores de procesos de mejora en las instituciones sanitarias.

En este artículo solamente vamos a referirnos a los conocimientos, actitudes y habilidades relacionados con una perspectiva cualitativa, obviando (no por menos importantes sino por más conocidos) conocimientos relacionados con la planificación, la gestión de procesos, la estadística, etc.

Enunciaremos los conocimientos, actitudes y habilidades básicas, a nuestro juicio, coherentes con lo que hemos denominado una mirada cualitativa en la gestión de la calidad en las instituciones sanitarias, ya que un desarrollo más pormenorizado junto con la descripción y el diseño de las técnicas cualitativas en el ciclo de mejora serán objeto de un próximo artículo.

Conocimientos:

- Psicociología de los grupos y las instituciones, procesos grupales e institucionales, cambio y resistencia al cambio en los individuos, grupos e institu-

ciones. Roles y poder en las instituciones.

- Teoría y técnica de la comunicación humana.
- Técnicas cualitativas de investigación: observación participante, entrevista abierta y grupos focales y grupos de discusión.
- Técnicas de intervención psicosocial: rediseño organizacional, grupos de tarea, grupos formativos, *role-playing*, etc.

Actitudes:

- Empatía, ponerse en el lugar del otro.
 - Escucha activa no directiva.
 - Observación, comunicación, autocrítica y trabajo en equipo.
 - Aprendizaje permanente.
- #### **Habilidades:**
- Liderazgo de equipos.
 - Manejo de la técnica de entrevista abierta.
 - Conducción de reuniones grupales, grupos focales y/o grupos de discusión.

La gestión de la calidad en las instituciones sanitarias es una compleja tarea que requiere una amplia perspectiva teórica, metodológica y técnica por parte de los directivos que pretendan hacer de ella una de las señas de identidad de sus instituciones. Dicha perspectiva integradora de los enfoques cuantitativos y cualitativos puede servir para 'mejorar la calidad' de los procesos de mejora de calidad de aquellos que ya tienen experiencia en ellos y para animar a los directivos más noveles en la apuesta por la calidad sin el corsé de estereotipadas recetas y atreviéndose a innovar en sus instituciones.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Alonso LE. La mirada cualitativa en sociología. Madrid: Fundamentos; 1998.
- (2) Ruiz de Adana Pérez R, Elípe Rebollo P, Rodríguez Santirso MA. Bases conceptuales de la gestión de la calidad. *Jano* 2004 May 13; LXVI: 44-9.
- (3) Sanz Cuesta T, Vítors Picón MP, Herrero Yuste P, S. El ciclo evaluativo (I). *Jano* 2004 May 13; LXVI:50-7.
- (4) Ibáñez J. Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas. En García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F, editores. El análisis de la realidad social. 2ª ampliada Madrid: Alianza Universidad.; 1980. 49-83.
- (5) Ibáñez J. Las medidas de la sociedad. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 1985; 29:85-127.
- (6) Sanz Cuesta T, Vítors Picón MP, Herrero Yuste P, S. El ciclo evaluativo (II). *Jano* 2004 Mayo 13; LXVI: 58-64.