

Gestión de la calidad: Una necesidad para el cirujano en formación

J. L. Fernández Serrano, M. C. Morillo Ortiz, D. Sánchez Relinque

Servicio Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

El acceso al título de Médico Especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo fue posible, hasta el año 1984, por diversas vías. En dicho año y a través del Real Decreto 127/1984, de 11 de Enero, se reguló la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista, a través del programa formativo M.I.R. (médico interno residente)¹.

Basado en el sistema de residencia en instituciones y centros sanitarios acreditados por los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia apoyados por el Consejo General de Especialidades para impartir la correspondiente formación.

Con el citado Real Decreto se anticipaba la plena vigencia en España de las normas europeas que, de acuerdo con el artículo 47.3 del Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea, coordinan la formación de especialistas médicos, en un momento en que se encontraba ya en marcha el proceso de adhesión a la Comunidad Europea que culminaría el 1 de Enero de 1986.

El programa de formación de la especialidad de Cirugía General y Aparato Digestivo fue elaborado por la Comisión Nacional de la especialidad que venía de la fusión de la Comisión de Cirugía General y de la Comisión de Cirugía de Aparato Digestivo. Fue aprobado el 15 de julio de 1986 por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia. Más tarde se realizaron modificaciones, aceptadas por la Secretaría de Estado antes referida, el 25 de abril de 1996 que conforman el actual programa².

El aprendizaje de la especialidad de Cirugía General y Aparato Digestivo a través del programa M.I.R. ha supuesto un gran avance porque asegura el ejercicio profesional programado, supervisado y tutelado, de forma que el cirujano en formación adquiere de manera paulatina y progresiva, los

conocimientos, habilidades y actitudes, así como la responsabilidad profesional, que permiten el ejercicio autónomo de la especialidad.

Para la Comisión Nacional de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo y para la comunidad quirúrgica internacional, nuestra especialidad abarca los siguientes aparatos y sistemas orgánicos: aparato digestivo, sistema endocrino, mama, abdomen y su contenido, piel y partes blandas, cabeza y cuello. También caracteriza y debe seguir caracterizando a esta especialidad quirúrgica su especial atención a los fundamentos biológicos y técnicos de la Cirugía, dedicación que la dota de una amplia base de conocimiento en los principios quirúrgicos, lo que facilita su potencialidad tanto para la asistencia como para la investigación y la docencia.

Asimismo el cirujano debe tener las competencias necesarias y la obligación de solucionar problemas quirúrgicos urgentes de Cirugía Vasculor, Cirugía Torácica, Urología, Neurocirugía, cuando tenga que asumir dicha responsabilidad en un centro hospitalario que no disponga de estos especialistas y evacuar al paciente si lo requiere, en condiciones idóneas, al hospital del nivel superior que si disponga de estas especialidades en su Cartera de Servicios².

La Cirugía General y de Aparato Digestivo es una de las especialidades más complejas, cuyo título se adquiere tras un periodo de cinco años, con un rotatorio amplio por distintas especialidades, teniendo una triple faceta: la asistencial, la docente y la investigadora, si bien hasta ahora la más desarrollada ha sido la clínica y asistencial.

Esta complejidad de la especialidad, ha obligado a que los cirujanos se polaricen hacia áreas de interés o de competencia, en las que un cirujano o un grupo se encargan de tener el mayor conocimiento y ser referentes: cirugía colorrectal, cirugía oncológica, cirugía de la obesidad etc. Estas áreas de competencia no dejan de ser una superespecialización si bien sin un reconocimiento explícito desde la Comisión Nacional de Especialidades.

Otro campo difícil de la especialidad es la cirugía de urgencias, donde la cirugía del anciano constituye una buena parte de ella y donde los avances han sido grandes.

Correspondencia: J. L. Fernández Serrano. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Av. de Carlos Haya, s/n. 29010. Málaga

La Asociación Española de Cirujanos ha elaborado y presentado ya varios proyectos en Áreas de Capacitación Específica de Cirugía: Cirugía Hepato-bilio-pancreática, Cirugía Esófago-gástrica, Colo-proctología.

Por otra parte vivimos en una sociedad de permanente cambio donde las ideas y estructuras convencionales de las últimas décadas del siglo XX están en crisis y donde la incertidumbre es uno de los rasgos que caracterizan nuestra época. Estamos en plena transición de la era industrial a la era del conocimiento, donde la información es considerada como un valor en sí mismo y donde la persona ocupa un papel preponderante al ser productora y consumidora de conocimiento.

La gestión de las instituciones y en particular las sanitarias se encuentra en un proceso permanente de adaptación a las necesidades globales, sociales e individuales.

Las expectativas de los pacientes y la de los mismos profesionales están afectados por los cambios tecnológicos continuos, lo que genera problemas y mucha incertidumbre.

Los Servicios de Salud se enfrentan a retos tales como la complejidad de sus prestaciones y organización, los recursos limitados, la rapidez en la innovación y difusión de tecnologías, el envejecimiento de la población, las presiones sociales y de los profesionales de la salud en la demanda de servicios y el desconocimiento de los efectos que todo ello tiene en los costes y en el nivel de salud de la sociedad.

Por otra parte las expectativas de los ciudadanos acerca de la atención sanitaria son cada vez más elevadas con lo cual existe mayor riesgo de insatisfacción. Se demanda mayor accesibilidad, mejor trato y que éste sea personalizado, mejor información, libertad de elección de médico y servicio y un entorno confortable. Son copropietarios del sistema en tanto en cuanto lo mantienen a través de sus impuestos.

La salud se entiende como un bien individual y colectivo de ahí que el punto de referencia de la organización en cualquier reforma sanitaria sean los pacientes.

En este escenario de turbulencias el clínico recibe cada día más presiones: calidad, práctica costo-efectiva, dilemas éticos, asunción de riesgos de gestión en un entorno organizativo cambiante y donde está obligado a buscar la excelencia (beneficio de los pacientes con la mayor eficiencia pues los recursos disponibles son limitados). Además tendrá que acreditar sus competencias y no sólo el clínico, las unidades, centros sanitarios etc. La Acreditación actuará de garante de calidad de nuestro servicio a los pacientes.

En este contexto el cirujano tiene que adquirir conocimientos y desarrollar habilidades no solamente en nuevas técnicas o utilización de nuevas tecnologías sino también en otras facetas como Medicina Basada en la Evidencia que le debe llevar a un uso racional desde tecnologías, medicamentos, procedimientos diagnósticos o terapéuticos, Ética Médica o Bioética para poder resolver conflictos éticos que cada día se nos van a plantear más y como no de Gestión de la Calidad.

El cirujano actual que realiza su ejercicio profesional en un Sistema Sanitario Público debe tener un fuerte compromiso no sólo con el paciente sino con la sociedad en tanto en cuanto gestiona unos recursos públicos que no son infinitos.

Parece lógico que la formación de los M.I.R. en Cirugía General y Aparato Digestivo hoy día tiene que adaptarse a las

nuevas exigencias que no son otras que las de nuestros pacientes y la de nuestra sociedad. En ese sentido recientemente ha sido publicado un nuevo proyecto de programa de la especialidad de cirugía general y del aparato digestivo donde empiezan a contemplarse estos aspectos^{3,4}.

¿Qué es la Gestión de la Calidad?

Si bien la profundización y divulgación de la Gestión de la Calidad es debido al mundo empresarial, no hay que olvidar que los pioneros fueron profesionales del mundo sanitario preocupados por los resultados de sus pacientes, caso de la enfermera Florencia Nightingale en el Barrack Hospital durante la guerra de Crimea (1854), cuando apreció las altas tasas de mortalidad de los enfermos que atendían y tras analizar el problema supo introducir mejoras en la higiene, cuidados y condiciones sanitarias con unos resultados espectaculares; estableciendo los primeros estándares de la práctica de enfermería⁵; o en el interés de Ernest Codman cirujano del Massachusetts General Hospital en Boston (1914) por la efectividad de las intervenciones quirúrgicas y de la evaluación de sus propios resultados y uno de los primeros partidarios de un sistema de estandarización de hospitales y de la publicación de resultados como índice y reflejo de la calidad de la asistencia⁶.

Según el Diccionario de la Lengua Española se define Calidad, como: Propiedad o conjunto de propiedades intrínsecas de una cosa, que sirve de referencia para compararla con otras de su misma especie y que permiten apreciarla como igual, mejor o peor. En sentido absoluto, denotar buena calidad, implica superioridad o excelencia.

El concepto de la calidad ha ido matizándose y evolucionando a lo largo del tiempo dependiendo también del entorno (proveedor), del producto (servicio), de quien lo reciba (cliente) y de quien lo defina (marketing).

Hoy día es un concepto muy empleado en el ámbito de la asistencia sanitaria y en el mundo empresarial porque:

- Garantiza un producto adecuado.
- Asegura su propia supervivencia, buscando una clientela fiel.
- Es una magnífica estrategia de posicionamiento en el mercado buscando una ventaja competitiva.

De hecho en las últimas décadas el mundo empresarial ha experimentado notables cambios y uno de los motivos ha sido la calidad, que poco a poco ha dejado de relacionarse con acciones de inspección o de control de todas las fases de producción hasta que se desarrolló el concepto de **calidad total**⁷ como una filosofía integradora de las distintas actividades de la empresa que incluye: todas las funciones y fases que intervienen en la vida de un producto o servicio; la gestión de la organización en su globalidad; la totalidad de las necesidades de los clientes con el objetivo final de la satisfacción de las mismas y de sus expectativas.

La calidad total puede definirse como una estrategia de gestión de toda la empresa a través de la cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, de los empleados, de los accionistas y de la sociedad en general, por medio de la utilización eficiente de todos los recursos de que dispone:

personas, materiales, tecnologías, sistemas productivos etc. La gestión de los procesos orientados al cliente, constituye de acuerdo con este marco de referencia, una de las piezas clave para el funcionamiento de una organización excelente, con la máxima eficacia y eficiencia.

La incorporación de la calidad total en el sector sanitario ha dado lugar a que se tienda a un enfoque centrado en el paciente, como estrategia de mejora continua en la que además del criterio profesional que incluye la definición por el clínico de las necesidades del paciente, se incorpore el punto de vista del propio paciente o de su representante legal en la prestación de la asistencia.

Actualmente se entiende como elemento estratégico de transformación y mejora de los sistemas sanitarios, donde la satisfacción del ciudadano es el elemento principal y eso exige la implicación de toda la organización.

Se conoce como gestión de calidad total al conjunto de técnicas de organización orientadas a la obtención de los niveles más altos de calidad en una empresa. Se aplica a todas las actividades de la organización e incluye los productos finales, los procesos de fabricación (o prestación de servicio), la compra y manipulación de los productos intermedios, todos los procesos y todos los clientes⁸.

Es una filosofía, una cultura, una estrategia o un estilo para gestionar una empresa según la cual todas las personas practican, participan y fomentan la mejora continua de la calidad⁹.

Los elementos esenciales para su implantación son el personal, la mejora continua, los procesos y la satisfacción del cliente¹⁰.

La gestión de la calidad total y la búsqueda de la excelencia es actualmente y debe serlo un empeño dentro de las principales organizaciones sanitarias.

En el sector sanitario, la literatura ha sugerido diferenciar entre calidad técnica (lo que el paciente realmente está recibiendo), calidad funcional o interactiva (la manera en que se presta el servicio) y calidad corporativa o imagen corporativa (referida a cómo es vista la empresa y el servicio por el propio paciente)^{11,12}.

Esta última es más estable en el tiempo y es un elemento fundamental de la **calidad percibida**. Por tanto un buen Hospital, Centro o Servicio no lo es hasta que no logre difundir una imagen de solidez, fiabilidad y de hacer bien las cosas y estos son aspectos que tampoco se deben de descuidar.

En nuestra Comunidad en los últimos años, en el SSPA desde la Consejería de Salud, se impulsó el **Plan de Calidad y Eficiencia** y el **II Plan de Calidad** como apuesta clara por una atención sanitaria de calidad con un enfoque de **Calidad Total**, centrado en el elemento nuclear del sistema sanitario: el proceso asistencial, entendido éste, desde la perspectiva del ciudadano y por lo tanto integral y único (**Gestión por Procesos Integrales**)¹³.

Hoy día una asistencia es de calidad si proporciona:

- Práctica clínica basada en pruebas o evidencias, conforme a los conocimientos científicos actuales.
- Con la mayor seguridad para el paciente y para los profesionales.
- Al más bajo coste.
- Con la mayor satisfacción para el paciente y el personal de los servicios sanitarios.

La cuestión es ¿qué asistencia es la que estamos dando? y ¿con qué calidad?.

Estos son aspectos claves que cualquier Servicio de Cirugía tiene que plantearse en el contexto de los Planes de Calidad de la Organización a la que pertenece y desarrollar su propio Programa de Calidad.

Evaluar la calidad significa comparar una situación previamente definida como deseable con la realidad.

Deming WE decía « En Dios confío, el resto tiene que darme datos». Realmente es así porque lo que no se evalúa no se puede mejorar; lo que se mide y se comunica mejora seguro y por otra parte podrá tener mayor o menor dificultad pero todo se puede medir.

Donabedian estableció los tres niveles en que se puede estructurar la evaluación de calidad de la atención sanitaria¹⁴:

- Estructura: Recursos que una organización necesita para prestar una atención de calidad. Elementos logísticos y organizativos (arquitectura, presupuesto, dotación de recursos humanos y materiales, protocolos etc).
- Proceso: Lo que una organización hace con lo que tiene. Identificación de necesidades de salud del individuo, comunidad, diagnóstico, tratamiento, seguimiento etc.
- Resultados: Los productos de lo que hace con lo que tiene. Satisfacción del paciente, morbilidad, mortalidad etc.

Tampoco podemos olvidar a la hora de medir la calidad que ésta es multidimensional. Si la fragmentamos surgen una serie de dimensiones o variables que varían dependiendo de autores, organizaciones o entidades y que incluso ha ido evolucionando adaptándose a los tiempos y sobre todo a las necesidades y expectativas de quien lo recibe (el paciente). La traducción de estas dimensiones o atributos en requisitos de calidad es lo que nos permitirá evaluarla en un producto o servicio concreto. Quizás la propuesta del Instituto de Medicina de EEUU del 2001¹⁵, de seis dimensiones clave de la calidad en la atención sanitaria individual sea la más adecuada:

- Equidad: La provisión de servicios no varían en calidad según las características del ciudadano que lo recibe (etnia, sexo, posición económica etc).
- Efectividad: La provisión de servicios se basa en el conocimiento científico y solo a aquellos ciudadanos que pueden beneficiarse de ellos.
- Eficiencia: Evitar el gasto innecesario. Poner el recurso donde es necesario ya que éste no es infinito.
- Oportunidad: Reducir esperas o demoras que pueden ser perjudiciales para el devenir del proceso asistencial.
- Servicio centrado en el paciente: Provisión sanitaria que respete al paciente, a sus valores, a sus necesidades y que responda a sus preferencias individuales.
- Seguridad: Ausencia de lesiones o yatrogenia a causa de la atención sanitaria. Esta dimensión en los últimos años ha adquirido una gran importancia sobre todo en lo relacionado con bloque quirúrgico.

A estas dimensiones habría que añadir la continuidad asistencial como elemento clave de la gestión por procesos, en la que se lleva trabajando desde hace unos años en nuestra Comunidad¹⁶.

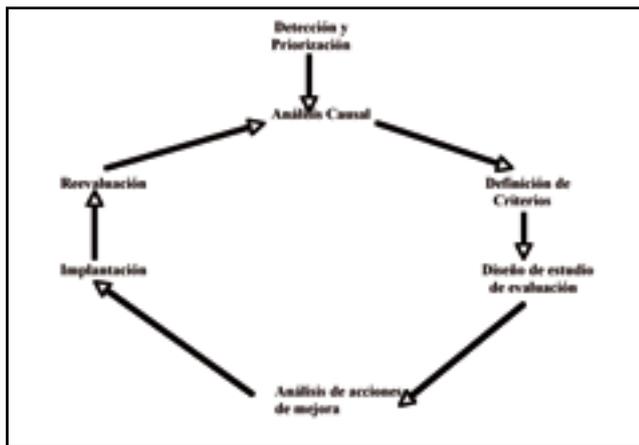


Fig. 1.— El ciclo de la evaluación y mejora de la calidad.

Las dos sistemáticas básicas de trabajo utilizadas en la evaluación y mejora de la calidad son⁷:

Por posibilidades de mejora, basada en el seguimiento de los pasos de un ciclo de evaluación, del que podemos encontrar distintas versiones como el ciclo de mejora de la calidad, las fases de los proyectos de mejora, estipuladas por el Juran Institute, el ciclo de Deming, el PDCA etc. Básicamente los pasos a seguir son (fig. 1):

1. Detección de posibilidades de mejora: Mediante el uso de diferentes fuentes y técnicas de información se detectan posibilidades de mejora en un ámbito concreto de la atención sanitaria.

2. Priorización de posibilidades de mejora.

3. Análisis causal: Se realizará sobre las posibilidades de mejora priorizadas planteando y valorando todas las posibles causas que puedan influir en él.

4. Definición de los criterios de evaluación: Son juicios de buena práctica del ámbito que estamos estudiando y los utilizaremos como variables fundamentales a medir durante la realización del estudio de evaluación.

5. Diseño de estudios de evaluación: El diseño y la realización de un estudio de evaluación incluirá la medida del nivel de cumplimentación de los criterios definidos en la fase anterior. Su objetivo es conocer el nivel de calidad actual y los motivos por los que se produce.

6. Implantación de acciones de mejora. Estrategias de cambio.

7. Reevaluación: Una vez implantadas las acciones de mejora se reevalúa el tema, al cabo de un cierto tiempo para comprobar la efectividad de las decisiones tomadas.

Sistemas de monitorización: Son los que miden y evalúan de forma periódica, aspectos relevantes de la atención, mediante el uso de indicadores de calidad, que constituyen la unidad básica de un sistema de monitorización. Para ello hay que describir cualquier proceso de forma multidisciplinaria y establecer criterios, indicadores y estándares de calidad de todo el proceso asistencial para proceder a su posterior monitorización.

— *Criterio*: Aquella condición que debe cumplir la prác-

tica clínica para ser considerada de calidad. Un buen criterio debe reunir los siguientes requisitos: debe ser explícito, comprensible y fácilmente cuantificable, aceptado por la comunidad científica y debería ser elaborado de forma participativa con los profesionales implicados.

— *Indicador*: Es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las actividades, es decir la forma particular (normalmente numérica) en la se mide o evalúa un criterio. El buen indicador de calidad correlaciona estructura, proceso y resultados.

— *Estándar*: Hace referencia al grado de cumplimiento exigible a un criterio y se define como el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad aceptado. Determina el nivel mínimo que comprometería la calidad.

El seguimiento sistemático y periódico del estado de un indicador en relación con un estándar predefinido se denomina monitorización (herramienta para garantizar la idoneidad de la asistencia por el nivel de vigilancia que supone).

Los indicadores a monitorizar pueden identificarse mediante ciclos de mejoras, actividades de diseño o evaluación del Centro, Servicio o Unidad. Debe llevarse a cabo de forma continuada en el marco de un programa de calidad para conseguir que las actividades de mejora sean efectivas.

Características del sistema de monitorización

Un buen sistema de monitorización es aquel que incorpora una batería de indicadores para la evaluación rutinaria siendo:

- Planificado: sistemático y continuado.
- Completo: abarcando todos los aspectos de la atención dispensada por el Centro, Servicio o Unidad.
- Consensuado: utilizando indicadores clínicos y estándares de evaluación pactado con los profesionales y basado en criterios objetivos del conocimiento científico.
- Dirigido a la solución de problemas: mediante acciones de mejora.
- Coordinado: la evaluación de cada aspecto se debe combinar con la de otros, para detectar tendencias, patrones de práctica etc.
- Con enfoque de mejora continua.

¿Quién monitoriza, qué debe monitorizarse y cómo se monitoriza?

Deben monitorizar los profesionales implicados. La autoevaluación para la mejora continua es la estrategia ideal.

Se debe monitorizar los aspectos más importantes del proceso tanto asistencial como no asistencial (hostelería, gestión, trámites etc). Aquellos que tengan un mayor impacto en la atención recibida por la población.

Para poder monitorizar nos debemos basar en las bases de datos existentes. Hay que desarrollar buenos sistemas de información y esto a menudo es una debilidad de nuestros Centros. Las bases de datos suelen ser las historias clínicas, datos administrativos y las que cada Centro disponga. No obstante hay una base de datos implantada en todas las Comunidades Autónomas centralizada y homogénea el CMBD para la gestión de la asistencia que nos puede proporcionar información sobre muchos indicadores como: mortalidad, complicaciones postoperatorias, infecciones nosocomiales etc.

Requisitos de los indicadores

Los indicadores como instrumentos de medida, deben reunir una serie de características necesarias:

- Válido, de acuerdo con los conocimientos actuales de la literatura científica. Cumple el objetivo de identificar situaciones en que se podría mejorar la calidad de la asistencia.
- Sensible, capacidad para detectar el problema de calidad. Detecta todos los casos en que se produce una situación o problema real de calidad.
- Específico, identifica sólo los casos relacionados con el problema.
- Concreto, bien definido, evitando así errores al recoger la información.
- Objetivo.
- Relevante.
- Eficiente, evitando grandes esfuerzos o duplicidades en la información.

Estos aspectos deben ser tenidos en cuenta cuando se procede a la construcción de indicadores, seleccionando aquellos con mayor nivel de validez, sensibilidad y especificidad sobre todo.

Los indicadores pueden ser

— De suceso centinela: es aquel indicador que mide aspectos tan relevantes de la atención (habitualmente en términos de gravedad) que su resultado se expresa en números absolutos y que la sola aparición de un caso comporta un estudio a fondo del tema.

— Basado en un índice o proporción: es aquel indicador que mide aspectos de la atención en los que se puede aceptar un cierto nivel de aparición del hecho.

También según el enfoque los indicadores pueden ser de estructura, proceso o resultado como hemos visto anteriormente.

Es conveniente saber que la adopción de un sistema de monitorización de indicadores, implica el compromiso del servicio de actuar en los momentos en que la práctica evaluada presenta resultados por debajo del estándar, discutiendo esos resultados, buscando las causas y actuando para mejorar. De no ser así, es una rutina que no tiene utilidad en la gestión del servicio o unidad.

Es de gran aplicabilidad desarrollar un cuaderno de mando similar a los de otras áreas de gestión donde se recojan los resultados de los distintos indicadores y su comparación con los estándares.

Las dos sistemáticas de trabajo, «por posibilidades de mejora» o por «sistemas de monitorización» no son excluyentes en la realidad y con cierta frecuencia se pasa de un sistema a otro¹⁷.

Evaluación de la calidad

La calidad se puede evaluar de manera interna, en el propio Centro o Servicio, con el desarrollo de Programas de Calidad, basados en la autoevaluación o bien a través de agentes externos y entonces tenemos que hablar de certificación, acreditación o de modelos de excelencia.

La **certificación** según AENOR (Asociación Española de Normalización y Certificación) se puede definir como «la acción llevada a cabo por una entidad reconocida como

independiente de las partes interesadas, manifestando que se dispone de la confianza adecuada de que un producto, proceso o servicio debidamente identificado, es conforme con una norma específica u otro documento normativo». Es un concepto de amplia tradición en la industria cuyo origen surgió con la organización «Internacional Office of Standards» después de la Segunda Guerra Mundial que pretendía normalizar productos a fin de permitir su intercambio entre países. Posteriormente lo que desarrolló fueron normas para certificar no ya productos sino sistemas de calidad y medición. La norma a la que suele recurrirse por ser la más extendida es la ISO 9000¹⁸. Posteriormente los modelos ISO de sistemas de calidad han ido evolucionando estableciendo una serie de compromisos que es necesario cumplir en cada uno de los apartados de la gestión de calidad de la organización.

La **acreditación** es la evaluación externa del nivel de calidad de un servicio sanitario o institución, usando estándares preestablecidos; otorgándose un certificado al centro que cumpla con unos estándares de calidad. El programa más conocido de acreditación es el de la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (1986) que recoge una larga tradición americana de estandarización y acreditación de hospitales¹⁹.

Más recientemente, a principios de los 90, promovido por las principales empresas europeas y desarrollado por la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (European Foundation for Quality Management), **nace el modelo de autoevaluación EFQM** con la finalidad de incentivar los sistemas de calidad para hacer frente a la competencia japonesa. Posteriormente comenzó a aplicarse en el mundo sanitario²⁰.

El Modelo Europeo para la Gestión de la Calidad Total se basa en la siguiente premisa: «la satisfacción del cliente, la satisfacción de los empleados y el impacto en la sociedad se consigue mediante el liderazgo, en política y estrategia, gestión del personal, recursos y procesos, que conducen finalmente a la excelencia en los resultados empresariales».

Se basa en la autoevaluación de toda la organización alrededor de 9 criterios que se dividen en 33 subcriterios abarcando todas las áreas de una organización o empresa (fig. 2). Cuando ésta decide optar al **premio europeo a la calidad** existe una evaluación externa¹⁷.

En Andalucía con la creación de la **Agencia de Calidad Sanitaria**, organización dependiente de la **Consejería de Salud** se desarrolla el **Modelo de Acreditación Andaluz** basado en la filosofía de Calidad Total para Centros, Servicios y Unidades de Gestión Clínica de nuestra Comunidad^{21,22}. Igualmente se ha iniciado ya el proceso de Acreditación de Profesionales.

Conocer y adquirir experiencia en la metodología y en la praxis de la Gestión de la Calidad, metodología de evaluación y mejora, es muy importante en la formación de un Residente de Cirugía, sobre todo porque contribuye al desarrollo de un pensamiento crítico, de autoevaluación y de mejora continua y le aleja del riesgo de convertirse únicamente en un receptor de información y en un simple técnico manual e instrumental.

Debe madurar desde la Gestión Clínica, medicina basada en la evidencia a la Gestión de la Calidad conociendo Gestión por Procesos, Gestión por Competencias que no son sino herramientas de ésta.

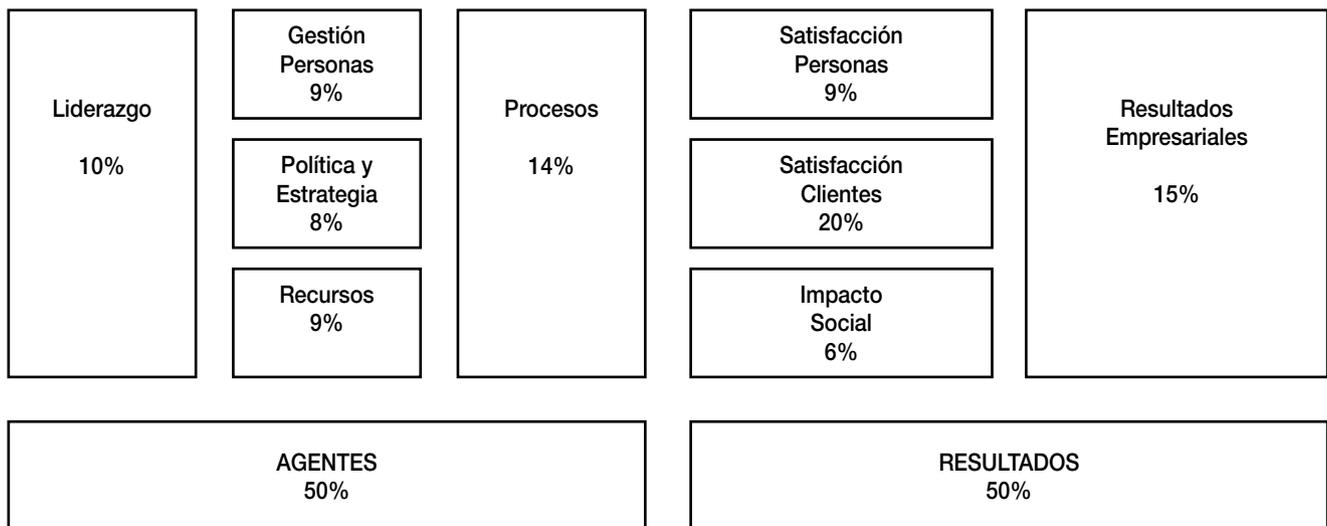


Fig. 2.— Modelo del Premio Europeo a la Calidad

Es básico que sepa desde participar en una auditoria clínica, colaborar en los objetivos de una comisión clínica, saber en que consiste una acreditación o simplemente tener capacidad para analizar sus propios resultados.

No debemos de olvidar por otra parte que la acreditación ha llegado para quedarse y antes o temprano cuando sea cirujano tendrá que acreditar sus competencias para poder desarrollar su carrera profesional.

Es muy interesante el decálogo de compromisos o nuevo código de conducta, nacido de reuniones de expertos convocados por la European Federation of Internal Medicine, el American College of Physicians-American Society y el American Board of Internal Medicine, a los que pueden y deben aspirar todos los profesionales de la medicina.

Este fuero para la práctica de la Medicina en la Era Moderna comprende dos partes, una ética de mínimos basada en los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia, equidad y autonomía o principios fundamentales de la Bioética y una serie de responsabilidades profesionales en forma de compromisos de competencia, honestidad confidencialidad etc hasta un total de diez y que se resumen en:

- Compromiso de competencia profesional.
- Compromiso de honestidad con los pacientes.
- Compromiso de la confidencialidad del paciente.
- Compromiso de mantener una relación apropiada con los pacientes.
- Compromiso con la mejora de la calidad de la atención.
- Compromiso de mejora del acceso a la atención médica.
- Compromiso para una justa distribución de los recursos finitos.
- Compromiso del conocimiento científico.
- Compromiso de mantener la confianza mediante resolución de los conflictos de intereses.
- Compromiso de responsabilidades profesionales.

Si los analizamos, vemos que todos encajarían en una u otra de las dimensiones de Calidad Total y por tanto en la Gestión de Calidad y esto tenemos la obligación de saberlo transmitir a nuestros residentes.

Propuesta de formación en Gestión de la Calidad para el MIR de Cirugía

Se me ocurre la siguiente, si bien puede haber otras tan válidas como ésta:

— Los residentes por ejemplo de Medicina Preventiva durante el primero / segundo año realizan un Master en Salud Pública en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Debería ser obligatorio al menos un curso intermedio de Gestión de Calidad para los residentes de Cirugía durante el primer año concertado a nivel central con entidades como la EASP u otras que son expertas en esta área de conocimiento como la Fundación Avedis Donabedian. Igualmente sería interesante comenzar a promover a nivel de pregrado la formación en esta materia.

— Deberían participar activamente al menos en una de las Comisiones Clínicas de su Centro Hospitalario.

— Colaborar en proyectos, trabajos, análisis de resultados que emanen de la Subdirección de Calidad si la hay en su centro o de la correspondiente Subdirección que ocupe ese espacio.

— Realizar un trabajo de calidad sobre algún área de mejora en su Servicio durante el segundo / tercer año asesorado por su Tutor correspondiente.

— Potenciar la cultura de calidad en nuestros Centros y Servicios y eso debe ser una obligación desde los equipos directivos, cuadros intermedios y tutores que va a impregnar la formación de los residentes. Las Unidades Clínicas de Gestión y su desarrollo puede ser una buena herramienta para introducir cambios.

— Facilitar de forma voluntaria inicialmente, la posibilidad de poder obtener la acreditación al finalizar la residencia a través de algún programa específico desarrollado por la Agencia de Evaluación de Calidad que permita alcanzar el grado de excelencia.

Por último una reflexión, para que un Servicio/Centro tenga docencia de postgrado es necesario una acreditación realizada por Ministerio de Sanidad y Consumo y de Educación y Cultura, si se cumplen una serie de estándares, pero ¿estamos dando una **docencia de calidad**? ¿evaluamos de manera adecuada a nuestros residentes? ¿existe un **proyecto docente** en el Servicio? ¿están definidas las funciones del tutor y no solo por orden ministerial²³ dentro del Servicio, responsabilidades y horas de dedicación docente? ¿qué méritos, aptitudes y **actitudes** se evalúan en la elección del tutor? ¿están nuestros residentes satisfechos con la docencia que les damos? Si hablamos de gestión de calidad en la formación del MIR, **deberíamos de empezar por auditar la calidad docente que estamos dando.**

Bibliografía

1. Presidencia del Gobierno (BOE M. 26 de 31/1/1984) Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la Formación Médica Especializada y la obtención del título de Médico Especialista. 2524-8.
2. Modificaciones del programa de formación de especialistas por la Comisión Nacional de la Especialidad de Cirugía General y de Aparato Digestivo y aprobado por la Secretaria de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia, con fecha 25 de abril de 1996. Disponible en www.aecirujanos.es/programanacionalespecialidad.php.
3. Proyecto de Programa de la Especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Guía de Formación de Especialistas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Consejo Nacional de Especialidades Médicas; 2005. Disponible en: www.aecirujanos.es/noticias/programa_MIR_2005.pdf.
4. Parrilla Paricio P, Landa García JI, Moreno González E, Alarcón Hernández A et al. Proyecto de programa de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. *Cir Esp.* 2006; 80(3): 133-44.
5. Nightingale F. Notes on nursing: What it is and what is not. New York (1860);D. Appleton en Bull. M. Quality Assurance: Professional Accountability via Continuous Quality Improvement. En: Meisenheimer CG. *Improving Quality: A guide to effective programs.* Aspen Publication. Maryland, 1992.
6. Codman EA. *A study in hospital efficiency.* Boston, T Todd Co, 1917.
7. Feigenbaum AV. *Total Quality Control (3rd edn).* McGraw-Hill 1983. Washington.
8. Juran JM.. *Juran y la planificación para la calidad.* Madrid: Diaz de Santos, 1990.
9. Ishikawa K ¿Qué es control total de calidad? La modalidad japonesa. Bogotá: Norma, 1986.
10. Badía A, Bellido S. *Técnicas para la gestión de la calidad.* Madrid: Ed. Tecnos, 1999.
11. Grönroos Ch. *Strategic management and marketing in the service sector.* Marketing Science Institute. Boston, 1983.
12. Lehtinen U, Lehtinen J. *Service quality: a study of quality dimensions.* Service Management Institute. Helsinki 1982.
13. Plan de Calidad. *Nuevas estrategias para la Sanidad Andaluza.* Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2000.
14. Donabedian A. *Evaluating the Quality of Medical Care.* *Midland Med FQ,* 1966; 2:166-206.
15. Institute of Medicine: *Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21 st Century.* National Academy Press, Washington 2001.
16. Torres Olivera A. La calidad asistencial a través de la gestión de procesos integrales: una estrategia para el sistema sanitario público en Andalucía. *Cir. Andal.* 2001; 12: 38-40.
17. Fundación Avedis Donabedian. *Manual para equipos de mejora de calidad.* Barcelona. Enero 2000.
18. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Acreditación de Centros Sanitarios.* Jornada de debate, 28 de abril de 1998. Madrid: Ed. Centro de Publicaciones, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
19. Bohigas L. El premio europeo a la calidad, las normas ISO y la acreditación. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:4-5.
20. European Foundation for Quality Management. *Autoevaluación: Directrices para el Sector Público.* Madrid: Club Gestión de Calidad, 1997.
21. Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. *Centros de Acreditación de Programa. Estándares de Manual.* Sevilla Octubre 2002.
22. Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. *Programa de Acreditación de Centros del Sistema Sanitario de Andalucía. Manual de Estándares.* Sevilla Octubre 2003.
23. Sabater Ortí L. *Hacia un nuevo modelo de tutor de residentes.* *Cir Esp.* 2006;80(3):121-2.