

# El control de calidad en el Hospital de Santa Creu i Sant Pau

Dr. A. Net / Dra. R. Suñol / Dr. L. Bohigas / Dr. R. Delgado <sup>(1)</sup>

*La calidad de la asistencia es, probablemente, la característica más apreciada tanto por los pacientes como por los profesionales sanitarios.*

*Mientras el médico actuaba aisladamente, su compromiso con los pacientes estaba regulado por su propia conciencia y por el código deontológico de la profesión. El nacimiento del concepto de hospital, con la introducción del trabajo en equipo, en el que a la vez que se suman los conocimientos y experiencias de cada miembro, se diluyen parcialmente las responsabilidades, hizo necesario la creación de medios más sofisticados para asegurar la calidad. Sin embargo, la explicación y el nacimiento de la metodología actualmente empleada en control de calidad es paralela a la profunda preocupación social por los temas sanitarios y al encarecimiento progresivo de la tecnología empleada en los hospitales, que obliga a plantearse qué es calidad asistencial, cómo evaluarla y cómo intentar reducir los costes sin disminuirla (1, 2). Entonces, el hospital como institución pasa a ser tan responsable como el profesional de velar por la calidad de la asistencia que dispensa y de justificar ante la sociedad que sus recursos no son malgastados.*

## HISTORIA

Existe en la literatura una gran dificultad en encontrar la definición adecuada al término "calidad asistencial", ya que está directamente en función de la definición de salud que aceptemos como válida, que está en cada momento condicionada por factores culturales, económicos e históricos (3, 4).

De todas formas, en un intento de sistematización, puede aceptarse que dicho concepto responde a la interacción de tres dimensiones fundamentales y complementarias de la actividad asistencial:

- el aspecto científico-técnico
- el aspecto interpersonal
- el aspecto económico.

El concepto de calidad asistencial varía, pues, en función de la preponderancia que da a cada uno de estos tres aspectos quien lo utiliza y a la vez, estos representan la preocupación fundamental de los tres grupos (profesionales, usuarios y administración) implicados en la asistencia (5).

A pesar de los distintos precedentes que se registran en la literatura, no es hasta 1951, con la creación de la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) y la generalización de las normas de acreditación en los hospitales americanos, cuando aparecen las primeras definiciones sistemáticas de parámetros de calidad. A finales de los 60, cuando la acreditación pasa a ser una condición necesaria de los hospitales para entrar en los programas de financiación de MEDICARE y MEDICAID, nace el concepto de audit médico ("medical audit"), que opone al estudio externo que realizaba la acreditación, la opinión de los profesionales del centro sobre la práctica que realizan.

Los audits médicos son un método de control interno de una institución para verificar y mejorar aspectos

tos concretos de la práctica asistencial. Se han definido como "la participación de un grupo de expertos clínicos avalados por la experiencia para evaluar la calidad de la atención prestada a los enfermos y contribuir a la mejora de los conocimientos sanitarios" (6, 7).

Posteriormente, la JCAH incorporó los audits a su programa de control de calidad y los exigió como condición de acreditación de un centro. En 1972 se crean los Professional Standards Review Organizations (PSRO), que son organizaciones encargadas de revisar la calidad de los hospitales concertados por MEDICARE y MEDICAID, con lo que aparecen los primeros estudios protocolizados del proceso asistencial, basados en la documentación clínica, para valorar la fiabilidad del diagnóstico y si las atenciones hospitalarias han sido las adecuadas.

A nivel de Europa occidental, sólo en Holanda existe una organización de ámbito estatal (CBO), encargada de asesorar a los hospitales sobre los temas de control de calidad. En los demás países se han registrado gran diversidad de esfuerzos en los distintos campos de esta disciplina (asistencia primaria, enfermería, satisfacción del usuario, control de costes, evaluación de nueva tecnología, etc.) sin que exista, que nosotros conozcamos, ninguna otra experiencia sistemática de ámbito estatal. Asimismo, la OMS ha manifestado repetidamente su interés por potenciar y desarrollar este tema, tanto a nivel de estados miembros, como de instituciones asistenciales (9, 10).

## BASES METODOLOGICAS

Se ha definido el control de calidad como "la comparación de una situación previamente determinada como deseable con la realidad, el análisis de los motivos de discrepancia y la sugerencia de los cambios necesarios para evitarlas, comprobando posteriormente su eficacia" (8).

Se denominan "criterios" a aquellos aspectos deseables o indeseables de la asistencia que medimos en nuestros estudios, siendo el "estándar" el nivel específico de aplicación de un criterio normalmente aceptado como óptimo, antes de iniciar el estudio, para aquella situación asistencial sanitaria concreta. El estándar suele expresarse en forma numérica. El "índice" es el grado de aplicación del estándar hallado en la realidad después de realizado el estudio (4).

Los trabajos de control de calidad tienen en general tres fases, cada una de ellas con metodología propia:

- Detección de problemas
- Análisis y estudio del problema
- Propuesta de mejora con la validación de la misma.

En 1966 A. Donabedian, en un artículo clásico (11),

dividió los métodos de control de calidad en:

### A. Métodos de análisis de la estructura.

Incluyen el análisis de los recursos humanos y físicos de un centro y los servicios prestados (parámetros o datos de actividad). La correlación entre recursos y datos de actividad señala el rendimiento (ej. índices de frecuentación de consultas, personal/cama, índices de ocupación de quirófanos, etc.) (12).

El mejor ejemplo de análisis de la estructura lo constituye la acreditación, que se realiza por profesionales externos al centro en base a una normativa previamente aprobada.

Los métodos de estructura fueron los primeros en desarrollarse, probablemente porque son los de más fácil aplicación y utilización como elementos de control. A pesar de ello, sólo existen actualmente programas de acreditación en EE.UU., Canadá, Australia y desde el año 1981 en Catalunya (13).

### B. Métodos de análisis del proceso

Son métodos que pretenden, complementariamente con los anteriores, analizar los aspectos dinámicos del proceso asistencial, es decir todos los pasos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento y todas las dimensiones asociadas de educación e investigación que llevan consigo, tanto a nivel de un paciente individual, como de hábitos de práctica de un facultativo o grupo. Este tipo de estudios se basan fundamentalmente en el análisis de la documentación clínica y, entre muchos otros, valoran parámetros como la tasa de infección y su evolución, el índice de autopsias clínicas, el correcto cumplimiento de los tratamientos prescritos, la calidad de la historia clínica, etc. (14).

### C. Métodos de análisis de resultados

Pretenden valorar la calidad de la asistencia prestada a partir del resultado obtenido, es decir la mejora en el nivel de salud de los pacientes. Aunque en teoría estos métodos son los que permiten una aproximación más exacta a la calidad asistencial, son de difícil aplicación, porque las tasas de mortalidad y morbilidad se han manifestado como indicadores poco sensibles cuando se trata con muestras poblacionales pequeñas, aunque cada vez se va avanzando más en la concreción de indicadores de resultados (15).

También forman parte de este tipo de métodos, los estudios del grado de satisfacción del usuario por la asistencia recibida que han desarrollado una metodología bastante compleja que ha permitido su cuantificación y comparabilidad (16).

Actualmente la metodología del control de calidad avanza en el sentido de desarrollar más y mejores métodos de análisis de los resultados e investigar la

correlación entre indicadores de proceso y mejora de la salud conseguida, lo que hace pensar que en un futuro próximo ambos métodos se utilizarán de forma complementaria (17, 18, 19).

## **BASES PARA LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD**

El elemento fundamental a la hora de introducir un nuevo concepto, como el de control de calidad de un hospital, es el análisis de la organización del mismo, para evitar el trasladar de forma mecánica las experiencias de otros países y sobre todo las experiencias americanas (20, 21).

Los médicos americanos usualmente tienen el estatus de "clientes" de un hospital, pudiendo llevar a sus pacientes a más de un centro, según lo crean conveniente. Esta situación da una gran autonomía a los facultativos y un peso fundamental a la asamblea del staff, que ha tenido su traducción en la creación de los "peer-review systems" (sistemas de evaluación paritarios) a nivel de control de calidad. Los hospitales europeos suelen estar organizados de forma muy distinta a la americana, existiendo entre el facultativo y el centro una relación contractual.

En el primer caso, puede pensarse en la suspensión de los privilegios para ejercer en un determinado centro si un facultativo ha demostrado repetidamente practicar una asistencia de baja calidad; en el caso europeo, la posibilidad de despedir a un empleado es difícil y en el caso de un médico casi imposible.

Por otra parte, los hospitales europeos suele delegar en un pequeño número de especialistas (Jefes de Servicio) el poder de organizar y dirigir al resto del staff lo que debe tenerse en cuenta a la hora de diseñar los sistemas de control de calidad más adecuados.

## **FUNDAMENTOS DEL PROGRAMA DEL HOSPITAL DE SANTA CREU I SANT PAU (HSCSP)**

Uno de los elementos más importantes que se tuvo en cuenta a la hora del diseño del programa de control de calidad, fue la organización y peculiaridades del centro. El HSCSP es un hospital universitario de 936 camas, con un volumen anual aproximado de 22.000 ingresos y 280.000 consultas externas, con una estructura arquitectónica pabellonaria y en el que trabajan unas 2.500 personas.

En el año 1981 se planteó la creación de un programa de control de calidad en el centro, asumiendo que este tema no era únicamente responsabilidad de cada facultativo, sino también lo era de la institución, y por ende, de la dirección del centro (22).

El programa, encaminado a detectar los déficits en las prácticas habituales del centro y mejorarlas en lo

posible, no se planteó como el análisis de situaciones aisladas ni de forma represiva hacia los profesionales sino como una herramienta de monitorización y mejora de la práctica del centro. Para ello se solicitó la aceptación voluntaria por parte del cuerpo facultativo de dicho programa, quien nombró un delegado que lo supervisa y controla.

Aunque hablamos aquí sólo del control de calidad de la asistencia médica, el programa reconoce la necesidad de la progresiva incorporación de aspectos de enfermería, administración y servicios generales de cara a integrar todas las facetas del cuidado del paciente.

Las bases sobre las que se diseñó el programa fueron:

- El reconocimiento de la responsabilidad de la institución respecto a los temas de control de calidad.
- La dependencia directa del programa del Director Médico como parte de sus responsabilidades y la delegación en los Jefes de Servicio para los temas que les afectan directamente.
- La participación de los profesionales del centro en las actividades del programa, realizando una autoevaluación de su trabajo y proponiendo las soluciones más adecuadas.
- El diseño de un sistema metodológico que permite una aproximación multifactorial a la realidad, mediante la recogida, ordenación y análisis de datos de distinta procedencia que se integran en un perfil único.
- La incorporación de la opinión del usuario al programa de control de calidad.
- La introducción progresiva en los servicios del concepto de control de calidad, fomentando la evaluación de temas más específicos de cada especialidad.

## **ORGANIZACION Y METODO**

El programa se basa en un sistema de monitorización de la realidad del centro que permite a la vez la detección de problemas y la objetivación de la mejora que pueda existir en ellos. Esta función se realiza básicamente a través de las comisiones clínicas que han replanteado su metodología tradicional hacia una vigilancia continua de los distintos aspectos clínicos de la asistencia.

Cuando se detecta algún problema, se procede a analizarlo, ya sea en la propia Comisión o a través del diseño de un audit y se proponen a la Dirección Médica las soluciones que se consideran más adecuadas. Posteriormente, se realiza una nueva evaluación del problema para objetivar la mejora existente.

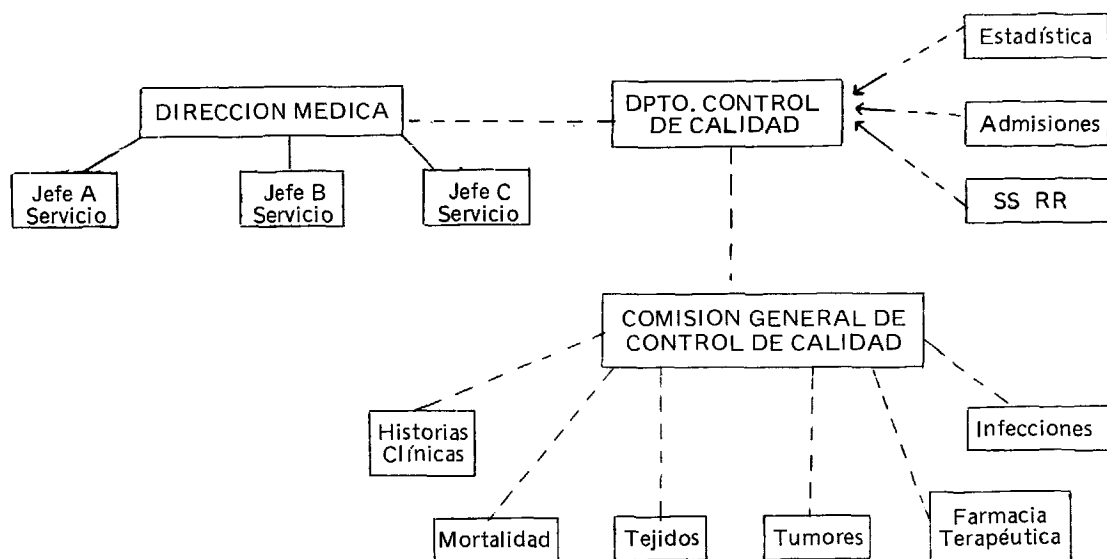


FIGURA 1  
ORGANIGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD

Es evidente que la actuación de la Dirección es fundamental para conseguir los cambios deseados y, sin la cual los programas de este tipo difícilmente pueden esperar rentabilidad. En el aspecto de la implantación de las medidas de corrección necesarias, el programa responsabiliza directamente a los Jefes de Servicio, consolidando su función de responsabilidad en la estructura del centro.

Los criterios y estándares para valorar la práctica médica no son en absoluto universales, ya que dependen en buena parte de la realidad sanitaria de cada centro y de los avances continuos de la ciencia médica (8). Así, su discusión y posterior aceptación es una de las tareas fundamentales de las comisiones clínicas y debe basarse en la experiencia profesional de cada uno de sus miembros.

Aparte de la actividad de las comisiones, el programa abarca también la integración de otro tipo de información sanitaria que se recoge a partir de diferentes fuentes de información del centro (estadística, admisiones, estudios de consumos, etc.) y la valoración de la opinión del usuario que se recoge a través del Servicio de Sugerencias y Reclamaciones.

Toda esta información se elabora cada dos meses en un dossier que se envía, con los comentarios pertinentes, a cada Jefe de Servicio para que pueda valorar la realidad y establecer los cambios necesarios de acuerdo con la Dirección Médica.

Para conseguir el funcionamiento de este programa

se introdujeron en el hospital una serie de cambios organizativos que permiten el soporte técnico del mismo. Los más importantes fueron:

- La creación de un Departamento de Control de Calidad, integrado en el Departamento de Investigación y Docencia del Centro, y dependiente directamente de la Dirección Médica, cuya misión es el soporte metodológico del programa y la coordinación y elaboración de la información generada. El Departamento está desprovisto de carácter ejecutivo. (Fig. 1)
- El cambio de carácter representativo de las distintas comisiones clínicas por el de asesor de la Dirección Médica para dotarlas de mayor agilidad.
- La integración de los presidentes de las comisiones clínicas en una Comisión General de Control de Calidad que preside el Director Médico y que tiene la función de coordinar todos los aspectos del programa y seleccionar las prioridades de las medidas correctoras a realizar.
- La creación y envío bimensual de cada servicio de dossier de control de calidad.
- La canalización de todas las actividades de cambio o mejora por la vía jerárquica.
- El aprovechamiento y reconversión de toda la información estadística, administrativa e informática necesaria para ser utilizada por control de cali-

dad.

- La incorporación de las reclamaciones y opiniones de los usuarios de forma cuantificada como forma de pulsar la opinión de los pacientes del centro.

## EL DOSSIER DE CONTROL DE CALIDAD

Está formado por cuatro bloques de información bien diferenciados:

- Resumen de la actividad asistencial
- Informes de las comisiones clínicas
- Bloque médico-estadístico
- Informe de Sugerencias y Reclamaciones

### El resumen de la actividad asistencial

Recoge datos de la actividad realizada en los dispensarios, hospitalización y Servicios de Urgencias (Tabla I), correlacionándolos con el total de la actividad realizada en el hospital. Los informes mensuales se hacen en base a la evolución seguida por el servicio y el centro y a su tendencia en meses y años anteriores.

### Informe de las Comisiones Clínicas

En la actualidad existen en funcionamiento seis comisiones (historias clínicas, mortalidad, tejidos, tumores, farmacia y terapéutica e infecciones) de las que forman parte 63 facultativos del centro, los que representa un 23% del staff del hospital. Cada una de ellas utiliza una metodología distinta y ha elaborado sus propios criterios y estándares. Todas ellas trabajan en una primera fase en base al análisis individual de las historias clínicas de los pacientes por parte de los miembros de la comisión y posteriormente se realiza una reunión conjunta para discutir los resultados, detectar y valorar los problemas existentes y realizar el informe con las propuestas de soluciones para la Dirección Médica.

#### *Comisión de Historias Clínicas*

Evalúa la calidad tanto de las historias clínicas cerrados ("revisiones en frío") como de las que se están utilizando en las salas ("revisiones en caliente") utilizando parámetros que valoran el cumplimiento de todos los apartados de la historia (Tabla II). También ha diseñado y puesto en marcha un nuevo formato unificado de historia clínica para todo el hospital y se ocupa de mantenerlo al día, potenciar la unificación de codificaciones en el hospital y promover el archivo central del centro.

#### *Comisión de Mortalidad*

Estudia una muestra representativa de los fallecimientos ocurridos en el centro a partir de los crite-

**TABLA I**  
**DATOS DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL**

#### AMBULATORIA

Número primeras visitas  
Número segundas visitas  
Total visitas  
Relación 2das./1ras.

#### HOSPITALIZACION

Ingresos  
Altas  
Estancia media  
Ocupación  
Rotación  
Mortalidad

#### CIRUGIA

Intervenciones

#### URGENCIAS

No. total de entradas  
Promedio de entradas/día  
Urgencias hospitalarias  
Estancias > 12 horas  
Total de ingresos a servicios  
Intervenciones  
Mortalidad  
% ingresos por urgencias  
Relación total de ingresos

**TABLA II**  
**REVISION DE HISTORIAS CLINICAS**  
**EN CALIENTE**

#### MEDICO RESPONSABLE:

1. Hoja de Problemas (Activos pasivos)  
Identificación legible del médico (si/no)
2. Nota de Admisión (Origen paciente, motivo ingreso, síndrome básico valoraciones, decisiones, etc.)
3. Historia Clínica (Anamnesis, revisión por aparatos, examen físico, orientación diagnóstica y terapéutica)  
Identificación legible del médico (si/no)
4. Curso Clínico (Datos objetivos, subjetivos, frecuencia diaria, fecha, hora)  
Identificación legible del médico (si/no)
5. Ordenes Médicas (Todas, ordenadas, claras, frecuencia semanal, día, hora)  
Identificación legible del médico (si/no)
6. Ordenación General (Análisis, informes, manejabilidad)  
Suma  
Impresión general

**TABLA III  
COMISION DE MORTALIDAD**

- ¿Hay epicrisis?
- ¿La muerte era previsible?
- Si se trata de un paciente terminal, ¿la hospitalización era justificada?
- ¿La muerte se ha producido por una complicación del tratamiento?
- ¿Ha habido exceso o defecto en el tratamiento?
- ¿Se han realizado las medidas paliativas (del dolor, etc.) necesarias?
- ¿La muerte era justificada?
- Concretar los factores desencadenantes de muerte
- Observaciones:

**TABLA IV  
COMISION DE TUMORES**

Intervalo del 1er. síntoma - diagnóstico:  
Intervalo del diagnóstico - tratamiento:  
Fecha del fallecimiento:  
¿Es un tumor protocolizado?  
¿Consta la histología?  
¿Pruebas diagnósticas básicas?  
(Radiografía de tórax básica, de localización, hemograma, bioquímica)  
¿Valoración de la extensión?  
¿Consulta oncológica?  
¿Plan terapéutico formulado?  
¿Consta seguimiento periódico?  
Observaciones:  
(Cumplimiento de protocolo, etc.)

**TABLA V  
COMISION DE FARMACIA Y TERAPEUTICA**

1. No. Historia
2. Legibilidad
3. Dosis (consta)
4. Vía administración (consta)
5. Pauta posológica (consta)
6. Firma (consta)
7. Cumplimiento guía farmacológica
8. Relación indicación prescripción
  - Terapéutica específica (causa del ingreso)
  - Terapéutica de soporte
  - Terapéutica no farmacológica
9. ¿Se explican los cambios terapéuticos?
10. ¿Se cumplen los parámetros de vigilancia del tratamiento?
11. ¿Se sospecha yatrogenia?
12. Valoración global

rios formulados en la Tabla III y promueve el aumento de la práctica de necropsias clínicas, poniendo especial atención en la detección de los fallos de organización o coordinación que puedan detectarse.

#### *Comisión de Tejidos*

Estudia las discrepancias entre diagnóstico preoperatorio, postoperatorio y anatomopatológico en las aproximadamente 12.000 intervenciones anuales que se realizan en el centro. Asimismo, valora los problemas del área quirúrgica, el porcentaje de intervenciones suspendidas y sus motivos, los tipos y complejidades de la patología quirúrgica del centro y la correcta utilización del Servicio de Anatomía Patológica.

#### *Comisión de Tumores*

Actúa fundamentalmente en base a la información suministrada por el registro de tumores del hospital. Realiza una revisión por muestreo de la patología tumoral con los criterios de la Tabla IV, promueve la creación de protocolos de tratamiento oncológico y revisa su aplicación y actúa sobre todos los problemas de coordinación que se detectan en el manejo y tratamiento de la patología oncológica.

#### *Comisión de Farmacia y Terapéutica*

La comisión de farmacia elabora y mantiene al día la guía farmacológica del hospital. La comisión de terapéutica revisa la corrección de las prescripciones (Tabla V), la correlación diagnóstico-terapéutica y la yatrogenia, a parte de emitir numerosas recomendaciones sobre la utilización de diversos fármacos.

#### *Comisión de Infecciones*

Mediante estudios de prevalencia seriados realizados por la Unidad de Enfermedades Infecciosas se detectan por salas y servicios los diferentes tipos de infección nosocomial que se producen en el centro (Fig. 2), sus variaciones y la utilización de los antibióticos que se realiza para tratar dichas infecciones.

#### **Bloque Médico-Estadístico**

Agrupar información de diversa índole sobre la práctica de los Servicios. Actualmente se valoran los siguientes parámetros:

- Estancias superiores a 30 días.
- Extracciones de sangre tanto por vía normal como por vía urgente efectuadas.
- Estadística de mortalidad global y autopsias.
- Tasa de reingresos.
- Análisis de todas las altas voluntarias que se producen y de sus motivaciones.
- Cuantificación y valoración del tipo de exploraciones de radiología generadas.

Infección hospitalaria  
Estudio de prevalencia  
Mes de:

Tipo de infección Tipo de servicio	Tipo de infección								
	Orina	Respi- torio	Herida quirúrgica menor	Herida quirúrgica mayor	Cirugía interna	Otras no quirúrgicas	Sepsis	Total	Tasa
Obstetricia y ginecología									
Pediatría									
Servicios médicos									
Servicios quirúrgicos									
Cirugía ortopédica y traumatología									
Unidad de cuidados intensivos									
Otorrinolaringología									
Oftalmología									
Total									

\* La tasa de prevalencia de infección hospitalaria es:  $\frac{\text{Número de infecciones}}{\text{Número de pacientes ingresados}} \times 100$

**FIGURA 2**  
**DISTRIBUCION DE LOS DIFERENTES TIPOS DE INFECCION POR SERVICIOS**

### Informe de Sugerencias y Reclamaciones

Se valoran y codifican todos los motivos de sugerencias y reclamaciones que después se estudian tanto por el servicio como por el Departamento de control de calidad conjuntamente con la Dirección Médica, antes de proceder a responder por escrito cada caso. Los problemas detectados por este sistema, al igual que los detectados por el análisis de los cuestionarios que rellenan los pacientes se cuantifican y se incorporan al dossier de control de calidad.

Toda la información contenida en el dossier se elabora bimensualmente y es discutida antes de su envío, por el staff de control de calidad y el Director Médico quien expresa por escrito sus opiniones, pide informes, o sugiere cambios que posteriormente discute con el Jefe de Servicio correspondiente. Asimismo, todas aquellas acciones que la Dirección Médica pone en marcha como medidas correctoras son informadas a la comisión correspondiente y en cualquier caso a la comisión general de control de calidad.

### LA COMISION GENERAL DE CONTROL DE CALIDAD

Tal como va hemos apuntado, está formada por los presidentes de las distintas comisiones y el Director Médico del Centro.

Aparte de la coordinación de los diferentes aspectos del programa, su función fundamental es identificar los problemas que sobrepasan el ámbito de las comisiones clínicas, priorizarlos y promover su estudio mediante audits, a la vez que valorar los diversos perfiles de práctica asistencial de cada servicio, analizando de forma global sus resultados y sugiriendo los cambios necesarios.

Para ello se basan en el análisis de los diferentes dossiers de los servicios, relacionados con la práctica global del hospital y los objetivos del centro.

### RESULTADOS

El programa que se inició en 1981 empezó a obtener resultados fiables a partir de enero de 1982. Han sido muchos los problemas detectados por las diversas comisiones o por el análisis de los datos, que han tenido una mejora significativa.

A nivel puntual podemos destacar:

- La reducción del 8,3 al 1,04% de las piezas no remitidas al Servicio de Anatomía Patológica.
- La cuantificación y valoración del tipo de patología operada en nuestro centro.
- La adopción de un código único en el hospital.

- La implantación de una nueva historia clínica unificada.
- El aumento de dos puntos de valoración promedio de las historias clínicas del centro.
- La creación de un circuito preferencial para los pacientes neoplásicos con reducciones significativas de los intervalos entre diagnóstico y tratamiento, tanto si es quirúrgico como médico.
- La corrección de pautas prequirúrgicas dudosas o incorrectas.
- La disminución del número de altas voluntarias en un porcentaje significativo, y su codificación por motivos.
- El aumento de 5,4 puntos (40%) del índice de autopsias y otras mejoras, tanto en lo que respecta a problemas globales del hospital como a problemas puntuales de servicios.

Pero quizá, mucho más importante que los problemas solventados haya sido la creación de un estado de opinión en nuestro hospital que pone de manifiesto la necesidad de autoevaluación de los profesionales de nuestro centro. También se ha logrado la progresiva responsabilización colectiva ante los problemas de calidad detectados, basada en el reconocimiento de que existen problemas organizativos, estructurales y de conocimiento que dificultan una asistencia óptima y de que es a todos los profesionales a quienes corresponde corregirlos.

Han existido también algunos problemas para la implantación de este programa de control de calidad que nos parece importante reseñar aquí:

En primer lugar, el sistema de la información de los resultados obtenidos a través de la vía jerárquica, tiene la dificultad de que la información no siempre llega con la necesaria agilidad a los médicos directamente responsables de la asistencia, lo que hace que

a veces no se le de a la información el rendimiento adecuado (23).

Por otra parte, algunas comisiones han tenido dificultades importantes para cuantificar de forma estadísticamente significativa los criterios elegidos y la determinación de criterios y estándares ha sido un largo proceso que aún no ha terminado (24).

También hay que reseñar que la valoración de aspectos específicos de cada servicio, como la fiabilidad del diagnóstico, el estudio de terapéuticas especiales, etc., sólo se ha iniciado de una forma muy parcial, quedando un largo camino por recorrer al respecto.

Asimismo, el soporte administrativo que requiere el programa se ha ido ampliando, contemplándose en la actualidad la necesidad de informatizar parte de los datos y dotarlo de una estructura más ágil, que permita correlacionar más los diversos datos obtenidos.

En conclusión, podemos decir que la implantación de este programa de control de calidad no ha suscitado en ningún momento el rechazo de los facultativos de nuestro hospital, posiblemente debido a que son ellos la parte fundamental del mismo y a la conciencia de la necesidad de mantener y ampliar este tipo de actividades, que en el fondo son la mejor garantía de que un centro cumple con los objetivos que le ha encomendado la sociedad.

En este sentido, la experiencia llevada a cabo en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau permite sugerir que la implantación de sistemas de control de calidad en los centros sanitarios puede ser un elemento decisivo en la tarea de proporcionar cada día una asistencia de mayor calidad.

---

#### Correspondencia:

Dr. A. Net  
Hospital de Santa Creu i Sant Pau  
Av. Sant Antoni M. Claret 167  
08 025 Barcelona - España

---

---

## Résumé

*La qualité de l'assistance est probablement le trait le plus apprécié par les patients et par les professionnels de la santé.*

*Jadis, le médecin agissait tout seul, son engagement avec les patients étant réglé par sa propre conscience et par le code déontologique de la profession. La naissance de l'idée d'hôpital, avec l'introduction du travail en équipe (où les connaissances et expériences de chaque membre s'ajoutent et où les responsabilités sont plus voilées), a exigé des moyens plus sophistiqués pour assurer la qualité. L'explication de la méthodologie actuellement appliquée au contrôle de la qualité est pourtant parallèle au grand souci social par rapport aux questions sanitaires et à l'augmentation progressive du coût de la technologie utilisée aux hôpitaux; cela aboutit à se demander ce que c'est la qualité, comment l'évaluer et comment réduire les coûts sans la diminuer (1, 2). C'est alors que l'hôpital, en tant qu'institution, devient aussi responsable que le professionnel de veiller pour la qualité de l'assistance qu'il offre et de justifier face à la société que ses ressources ne sont pas gaspillées.*



## Summary

*The quality of medical care is probably the most valued characteristic both as regard patients and health workers.*

*At an earlier period, when the physician worked isolatedly, his commitment with patients was regulated by his own conscience and by the professional ethical code. The advent of the hospital concept, with the introduction of teamwork involving both the knowledge and experience of each member, brought about the partial division of responsibilities, thereby calling for the creation of more sophisticated means to ensure quality. However the explanation and birth of present-day methodology used in the control of quality bears a close relationship with the deep social concern for matters related to health and the progressively increased cost of hospital technology, with the consequent query as to what should be regarded as medical care quality, how to assess it and how to cut down costs without detrimental effects (1, 2). As a result the hospital as institution becomes as responsible as the health worker in the safeguard of the quality of care provided, with concomitant justification before society that available resources have not been misspent.*

---

## Bibliografía

1. **GARG, ML; KLEINBERG, WM and GLIEBE, WA:** A Course on Cost and Quality. Q. R. B., 1978; 4: 22-26.
2. **WILLIAMSON, JW and associates:** Teaching quality assurance and cost containment in the health care. A faculty Guide. London, Jossey-Bass Limited. 1982.
3. **DONABEDIAN, A:** The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Volume I, Health Administration Press. Ann. Arbor., Michigan 1980.
4. **SUÑOL, R; FOZ, G:** La qualitat de l'assistència. Monografías Médicas No. 25. Publicado por la Academia de Ciencias Médicas de Catalunya i Balears. Barcelona, 1982.
5. **AUSIN HERVELLA, JL et al:** La encuesta a los usuarios como instrumento de control de calidad. Jano, 1982; 521: 68-74.
6. **SHAW, ChD:** Aspects of adults: I. The background. B. Med. J., 1980; 280: 1256-1258.
7. **SCHELDON, MG:** Medical Audit in general practice: Occasional paper 20. J. R. Coll. Gen. Pract. Sept. 1982.
8. **REERINK, E:** Quality assurance in the Netherlands experiences with peer review in hospital care. Paper presented at the Second Robert. Bosch Foundation Conference on Quality Assurance in Health Care. Murrhardt (W. Germany). Sept. 1982.
9. **VUORI, H:** Quality assurance of health services. Public Health in Europe, No. 16.
10. **Model health care and quality assurance.** Published by WHO in European Medium-Term programme (1984-1989).
11. **DONABEDIAN, A:** Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem. Fund. Q., 1966; 44: 166-203.
12. **ASENJO SEBASTIAN, MA:** Estructura funcional hospitalaria y control de calidad asistencial, 2a. edición, Escuela de Gerencia Hospitalaria, pag. 79. Madrid, 1981.
13. **Ordre d'Acreditació de Centres i Serveis Sanitaris Assistencials a Catalunya.** Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya No. 187 (21 Diciembre 1981).
14. **SANAZARO, PJ:** Quality assessment and quality assurance in medical care. Annu. Rev. Public. Health, 1980; 1: 37-68.
15. **WILLIAMSON, JW:** Evaluating quality of patient care: a strategy relating outcome and process assessment. J.A.M.A., 1971; 218: 564-569.
16. **LEBOW, J:** Consumer satisfaction with medical care: present status. En: Quality Assessment of Medical care, Robert Bosch Stigung GMBH. Stuttgart. Bleicher. Verlag. 1982.
17. **FIFER, WR:** Quality assurance: debate persists on goals impact and methods of evaluating care. Hospitals J. Am. Hosp. Assoc., 1979: 163-167.
18. **BROOK, R; ROSS, A; KAMBERG, C:** Selected reflections on quality of medical care evaluation in the 1980's. Santa Monica (California): Rand Corporation, 1979.
19. **BROOK, RH:** Quality of care assessment: a comparison of five methods of peer review. DHEW Pub. No. (HRS) 74-3100. Rockville, MD: Department of Health, Education and Welfare, 1974.
20. **PARDELL, H; NET, A; VICENS, B; SUÑOL, R; COSTA, J; MELENDEZ, C:** Informe del Comité de Expertos de Control de Calidad, Anals de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1981.
21. **JESSE, WF:** Quality assurance systems why aren't there any?. Q. R. B., 1977; 3: 16.
22. **BOHIGAS SANTASUSAGNA, LI:** Control de calidad en el hospital de Ponencia presentada al IV Congreso Nacional de Hospitales. Noviembre, 1979.
23. **BOHIGAS, L; NET, A; SUÑOL, R:** Quality Assurance and Hospital organization. (Paper presented at the Advisory Committee in Quality Assurance and working group on the Principles of Quality Assurance. OMS. Barcelona, Mayo 1983.
24. **BROOK, RH:** Critical issues in the assessment of quality of care and their relationship to Health Maintenance Organizations, 1973: 48-114.