

## 14.10 Modelos de Calidad, EFQM, ISO. Balanced Scorecard y otros modelos



¿Cómo surgen los modelos de calidad? ¿Hay un modelo de calidad mejor que otro?. ¿Qué modelos de calidad se utilizan en asistencia sanitaria?, ¿qué ventajas aporta cada uno de ellos?, ¿es complementaria su utilización?, ¿qué modelos se utilizan en nuestro ámbito?.

**Autora: Susana Lorenzo Martínez**

*Jefe de Área de Calidad y Gestión de Pacientes del Hospital U. Fundación Alcorcón*

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

### Citación recomendada:

Lorenzo Martínez S. Modelo de CALidad, EFQM, ISO. Balanced Scorecard y otros modelos [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 (**Actualizado 2023**) [consultado día mes año].

Tema 14.10. Disponible en: dirección url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA  
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD  
is licensed under a Creative Commons  
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada  
3.0 Unported License.



### Resumen:

En este tema se analiza la evolución del concepto de calidad tanto en asistencia sanitaria como en la industria, valorando las semejanzas entre ambas. De esta forma intentamos entender la situación actual en gestión de calidad y los modelos vigentes en nuestro entorno, en el ámbito de la calidad total; como se verá todos los modelos al uso engloban ideas muy similares.

Se comparan los conceptos de autorización, certificación y

acreditación; sus diferentes peculiaridades, buscando analogías y diferencias. Posteriormente se revisan los modelos de excelencia existentes, centrándose en el Modelo de la European Foundation

for Quality Management – EFQM- de mayor uso en nuestro entorno, los conceptos en los que se basa y la lógica de su aplicación, basada en el ciclo de mejora. Por último, se describen las características del cuadro de mando integral (Balanced Scorecard) y sus diferentes perspectivas de análisis.

*El concepto de calidad en asistencia sanitaria ha evolucionado en paralelo a los modelos aplicados en la industria*

## Indice

### 1. Introducción

- a. *Los orígenes de la calidad en la industria*
- b. *Desarrollo de la calidad en asistencia sanitaria*

### 2. Sistemas de Gestión de la Calidad

- a. *Autorización*
- b. *Normalización*
- c. *Acreditación*
- d. *Certificación*

### 3. Modelos

- a. *Modelo de la EFQM*

### 4. Cuadro de mando integral (CMI)

### 5. Bibliografía

## 1.- Introducción

El **concepto de calidad en asistencia sanitaria** ha evolucionado en paralelo a los modelos aplicados en la industria<sup>1</sup>, por ello merece la pena analizar su evolución para entender la misma y los modelos vigentes en nuestro

ámbito.

### a. Los orígenes de la calidad en la industria

Los primeros antecedentes de la gestión de la calidad los encontramos en los códigos mesopotámicos –Hammurabi- en las construcciones egipcias y mayas y en los inspectores fenicios que ya evaluaban la calidad de los productos<sup>2</sup>. La situación no varió hasta la Revolución Industrial, cuando se introdujo la producción en masa de productos manufacturados mediante la división del trabajo<sup>3</sup>; Taylor estableció departamentos de

“control de calidad” para verificar el producto, detectando fallos en la producción pero sin mejorar el producto ni evitar errores de producción, ya que solo evitaba que productos defectuosos estuvieran en circulación. Así las cosas, La mera necesidad de evaluar el producto de forma más ágil generó el **Control Estadístico de la Calidad**, que evolucionó mediante el control de los parámetros del proceso (temperatura, presión, tiempo, etc.) de los que dependería el producto, al **Control Estadístico de Procesos**. Ahora bien, el control estadístico conseguía sus objetivos sin lograr mayor implicación de las personas en la mejora del producto. Y así surgió el **aseguramiento de la calidad**, que establecía un sistema interno de calidad en el que la Dirección de la organización estaba implicada, buscando motivar a las personas para ofrecer un producto cada vez mejor.

Pero el mundo cambió y el sector servicios ganó protagonismo frente al industrial y requirió desarrollar métodos para garantizar la calidad de los servicios. Sin embargo, la realidad del cliente o el usuario de los servicios era cambiante, sus necesidades no eran siempre las mismas y las posibilidades de satisfacerlas tampoco. Así surgió el concepto **Total Quality Control** a mediados del siglo XX, incidiendo en que el correcto diseño de los productos garantizaba la fabricación de los mismos sin problemas y la satisfacción de los clientes, introduciendo el concepto de prevención. Y en esa misma época, en el Japón posterior a la Segunda Guerra Mundial se introdujeron **Sistemas Integrales de Calidad**, que afectarían al diseño, la fabricación y la comercialización, aplicando los conceptos del aseguramiento de la calidad y la prevención y que trajeron consigo el despegue de la industria japonesa. Se desarrollaron metodologías nuevas que elevaron la competitividad de las empresas japonesas (*Just-in-Time, Quality Function Deployment –QFD–, círculos de calidad, etc.*).

Con la crisis económica, el final de los años 70 y el principio de los 80 se caracterizó por un empeño en la calidad en todos

los aspectos de los negocios y organizaciones de servicios. La reducción en la productividad, los altos costes, huelgas y alto desempleo hicieron que la administración se volviera hacia la mejora de la calidad, con el auge de la **Calidad Total**, resaltando la importancia de conocer a los clientes, de adecuarse a sus necesidades, aplicando la mejora continua a todos los procesos de la organización e implicando a todos los profesionales en ello, con el liderazgo de la Dirección. En Europa, en el año 1999, la *European Foundation for Quality Management* –EFQM– adoptó el término **Excelencia**, al que ha renunciado en su versión 2020. Todos estos términos, más o menos felizmente traducidos del inglés, engloban ideas muy similares.

La **gestión estratégica de la calidad** pasa por conocer esas necesidades (tanto las actuales como las futuras), para intentar satisfacerlas al máximo posible, aplicando la filosofía de la mejora continua –todo lo que hacemos se puede mejorar-. En el momento actual, los modelos al uso se caracterizan por su complementariedad, dependen de la organización, de los recursos disponibles y de la estrategia la utilización de unos u otros, sumando sinergias entre ellos.

---

## **b. Desarrollo de la calidad en asistencia sanitaria**

---

En el ámbito sanitario las primeras formas de regulación de la práctica también las encontramos en el Código de Hammurabi, en el antiguo Egipto, en el 1.000 a. C. en China, o en el tratado de Hipócrates de Cos, 500 años a. C<sup>1</sup>. Ya en el siglo XVII W. Petty en su *Tratado de Política Aritmética* hizo el primer intento de comparación de la calidad de la asistencia de los hospitales de Londres y París. Sin embargo, fue en los albores del siglo XX, con los trabajos de W. Fahr sobre mortalidad hospitalaria, de F. Nigtinghale sobre infección quirúrgica y A. Codman en el área quirúrgica, los que marcaron el nacimiento formal de la calidad asistencial como la entendemos hoy en día.

En 1972 surgió en EEUU la Professional Standards Review Organization (PSRO) con el objetivo de revisar la calidad de la asistencia que prestaban los hospitales concertados con los programas Medicare y Medicaid.

Hasta mediados del siglo XX la mayor parte de las acciones de evaluación eran iniciativa particular de los profesionales de la medicina o asociaciones científicas. Esta etapa corresponde con el modelo que H. Palmer denomina como *profesional*, caracterizado por centrarse en la evaluación de las estructuras de los servicios y algo en resultados, que apenas disponía de criterios explícitos y basado en la relación médico-paciente *sensu stricto*.

Es en esa época cuando la *Joint Commission on Accreditation of Hospital Organizations* en EE.UU. empezó a exigir estándares de calidad a los hospitales. Con todo, la calidad asistencial tal y como la entendemos en la actualidad debe su desarrollo a A. Donabedian, que realizó un análisis comparando los estudios sobre evaluación de la calidad asistencial publicados hasta entonces, ordenándolos en términos de la estructura, el proceso y los resultados<sup>4</sup>; esta clasificación tiene plena vigencia hoy día.

En 1972 surgió en EEUU la *Professional Standards Review Organization* (PSRO) con el objetivo de revisar la calidad de la asistencia que prestaban los hospitales concertados con los programas Medicare y Medicaid. Y en 1973 J. Wennberg<sup>5</sup> inició los trabajos sobre las variaciones de la práctica clínica entre diferentes áreas geográficas de Estados Unidos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Objetivo 31 de «Salud para todos en el año 2.000» para la Oficina Regional Europea en 1980 estableció: «*De aquí a 1990, todos los Estados miembros deberán haber creado unas comisiones eficaces que aseguren la calidad de las atenciones a los enfermos en el marco de sus sistemas de prestaciones sanitarias*». «*Se podrá atender este objetivo si se establecen métodos de vigilancia, continua y sistemática, para determinar la calidad de los cuidados prestados a los enfermos, convirtiendo las actividades de evaluación y control en una preocupación constante de las actividades habituales de los profesionales sanitarios, y finalmente, impartiendo a todo el personal sanitario una formación que asegure y amplíe sus conocimientos*». Al enunciar este problema y plantear las

posibles soluciones, la OMS hacía énfasis en que la evaluación de la calidad de los cuidados no debe únicamente limitarse al nivel de desarrollo técnico o de experiencia, sino que se trata de una responsabilidad que incumbe a todos los trabajadores: investigadores, profesionales de la sanidad, autoridades y beneficiarios.

En 1988 P. Ellwood propuso el desarrollo de un programa nacional para Estados Unidos basado en orientar los resultados de la asistencia sanitaria (*outcomes*) hacia el diseño de estándares y guías de práctica clínica. Y en 1989 D. Berwick<sup>6</sup> propugnó la **Mejora Continua** como un modelo de mejora de la asistencia sanitaria, extrapolándolo del modelo industrial, que incorporan los modelos de mejora continua (*Continuous Quality Improvement, CQI*).

Independientemente de los autores<sup>4,6,7,8,9</sup> observamos coincidencias a la hora de señalar que la calidad asistencial es un compendio de las mejores prácticas, uso eficiente de los recursos y conseguir un grado de satisfacción del paciente con la asistencia recibida. Por ello, podríamos definir la calidad asistencial<sup>10</sup> en términos del:

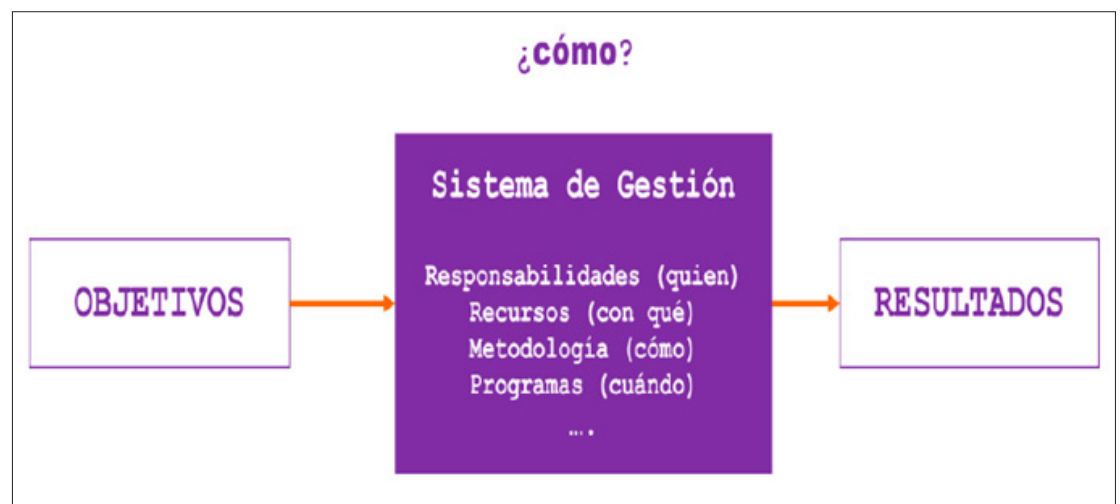
- Desarrollo de un proceso clínico estandarizado, buscando obtener un resultado óptimo de la asistencia;
- Uso eficiente de los recursos empleados en cada caso;
- Mínimo riesgo para el paciente en cuanto a iatrogenia y efectos secundarios de los tratamientos practicados;
- Que el paciente considere que el tratamiento ha sido útil en su caso para mantener o incrementar su calidad de vida;
- Logro de un nivel de satisfacción del paciente con los cuidados que recibe; y
- Nivel de satisfacción de los profesionales aceptable.

*En 1989 D. Berwick propugnó la Mejora Continua como un modelo de mejora de la asistencia sanitaria.*

La aplicación de la Calidad Total comprende al Aseguramiento y al Control de la Calidad en un todo que se extiende por toda la organización.

Al igual que en otros sectores, pero con retraso respecto a ellos, el concepto y aplicación de la calidad en nuestros hospitales ha pasado por sucesivas etapas. Primero fue el Control de la Calidad, centrado en revisar si lo que realizábamos, en términos de resultados, era lo adecuado y esperado. Después, se introdujo el Aseguramiento de la Calidad, centrado en garantizar si el proceso se realizaba de acuerdo al estándar o norma establecida. Finalmente, se dio un paso definitivo al introducir la Calidad Total, englobando todos los aspectos de la organización, todos sus procesos y resultados. Por ello la aplicación de la Calidad Total comprende al Aseguramiento y al Control de la Calidad en un todo que se extiende por toda la organización; en síntesis, agrupan sistemas de gestión a medida de cada organización centrados en los resultados y a todos los niveles de la organización (los clientes, las personas que trabajan en ellas, la eficiencia en la gestión de los recursos y el respeto a la ética en la gestión de la organización y al medioambiente).

Figura 1. Modelos de Gestión: objetivo "buenos resultados"<sup>11</sup>



En la actualidad la gestión de calidad utiliza metodologías sencillas, de mejora continua,<sup>12</sup> para mejorar la gestión de la organización, el objetivo es mejorar la gestión de la organización. El estudio<sup>13</sup> confirmó que un entorno de calidad excelente puede crearse a través de una **verdadera cultura** en la que cada empleado debe imbuir pasión en lugar de limitarse a seguir técni-

cas básicas basadas en reglas como las herramientas de gestión de calidad o la imitación de los mejores procedimientos y prácticas en otras organizaciones. A ello lo denominan la “**verdadera cultura de la calidad**” como un entorno en el que los empleados no sólo siguen directrices de calidad, sino que perciben la calidad a su alrededor. La creación de esta pasión se consigue a través del énfasis en el liderazgo, la credibilidad del mensaje, la implicación de los compañeros, los empleados y la autonomía puede reducir sustancialmente el coste de la mala calidad y el coste total de las iniciativas de calidad.

Evidentemente, es esencial prestar atención a los aspectos humanos de las dimensiones de la calidad para cumplir las expectativas de los clientes, definir objetivos alcanzables, facilitar autonomía a las bases, capacitar a los empleados, con ello se conseguirá credibilidad y buenos resultados. Y eliminar todo lo que no aporta valor, campañas como “*Getting Rid of Stupid Stuff*”<sup>14</sup> promueven eliminar tareas sin sentido en nuestras organizaciones.

---

## 2.- Sistemas de Gestión de la Calidad

---

La Gestión de la Calidad está controlada por una serie de normas aplicables genéricamente a todas las organizaciones, sin importar su tipo, tamaño o su personalidad jurídica.

---

### a. Autorización

---

En el sector sanitario se desarrolla otro tipo de acreditación de tipo administrativo, que supone un reconocimiento de que una determinada institución, persona jurídica o actividad reúne una serie de requisitos, por ejemplo para la apertura de un hospital<sup>15</sup>. Se trata de un proceso administrativo de carácter obligatorio ante una autoridad gubernamental competente, regulado (en el ámbito local, regional o estatal) en una norma específica (Ley, Decreto, Orden o Reglamento). En nuestro medio son

*La Gestión de la Calidad está controlada por una serie de normas aplicables genéricamente a todas las organizaciones, sin importar su tipo, tamaño o su personalidad jurídica.*



los Ayuntamientos, las Consejerías de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas y algunos Ministerios quienes autorizan la apertura de las distintas áreas de un centro sanitario, estableciendo el procedimiento administrativo de apertura, modificación o cierre de centros o servicios sanitarios<sup>16</sup>, fijando requisitos relativos a la estructura de los centros, y que varían en función de la Comunidad Autónoma. Existen algunas normas específicas para las Unidades de referencia<sup>17</sup> que se tratan en un tema monográfico.

Sin embargo no debemos olvidar que el examen de la estructura hospitalaria constituye un método indirecto de medida de la calidad de la asistencia sanitaria, que está basado en el supuesto de que la calidad de los medios puestos a disposición de la prestación del servicio condiciona la calidad del mismo. La conformidad con las normas estructurales no asegura la excelencia del proceso y del resultado<sup>18</sup>, sino que establece las condiciones previas necesarias para prestar una atención adecuada<sup>19</sup>. Para muchos autores representa el eslabón más débil de la secuencia, al estar muy alejado del producto final<sup>5</sup>, y por ello, las evaluaciones aisladas de la estructura pueden determinar conclusiones erróneas sobre la calidad de los resultados. Hasta el momento no se ha demostrado que exista relación entre los resultados de las medidas retrospectivas de la calidad de la asistencia con métodos estructurales y los obtenidos con el empleo de técnicas de procesos o de resultados<sup>5</sup>.

---

## **b. Normalización**

---

El término-**garantía o aseguramiento de la calidad**- engloba las actividades planificadas y sistemáticas para garantizar que un producto o servicio satisfará los requerimientos establecidos.

La **normalización** es una actividad para establecer las características técnicas que debe reunir un producto, bien o servicio, y permite establecer soluciones a situaciones repetitivas. En particular, esta actividad consiste en la elaboración, difusión

y aplicación de normas.

Una **norma** es un documento, de aplicación voluntaria, que contiene especificaciones técnicas basadas en los resultados de la experiencia y del desarrollo tecnológico. Las normas ofrecen un lenguaje común de comunicación entre las empresas, la administración, los usuarios y los consumidores. Constituyen un patrón entre cliente y proveedor. El proceso de certificación se inicia a mediados de los años 80 en el Reino Unido, en los 90 se convierte en un fenómeno internacional. Se trata de una reacción en cadena, puesto que muchos clientes que ya poseen su "certificado", lo exigen a sus proveedores y subcontratas.

Las normas son el fruto del consenso entre todas las partes interesadas e involucradas en la actividad objeto de la misma, aprobadas por un Organismo de Normalización reconocido (en España AENOR). Para ello existen unos órganos técnicos, denominados Comités Técnicos de Normalización (AEN/CTN), que estudian y plantean las necesidades de cada sector y elaboran y aprueban los proyectos de normas que posteriormente se publican como normas UNE. Existen una serie de prefijos que componen el código de referencia de un documento, identificando el tipo de norma de que se trata: UNE, UNE-EN ISO; marca CE: significa que se ha comprobado que el producto de que se trata cumple todas las disposiciones comunitarias obligatorias. Las normas han de ser revisadas cada 5 años.

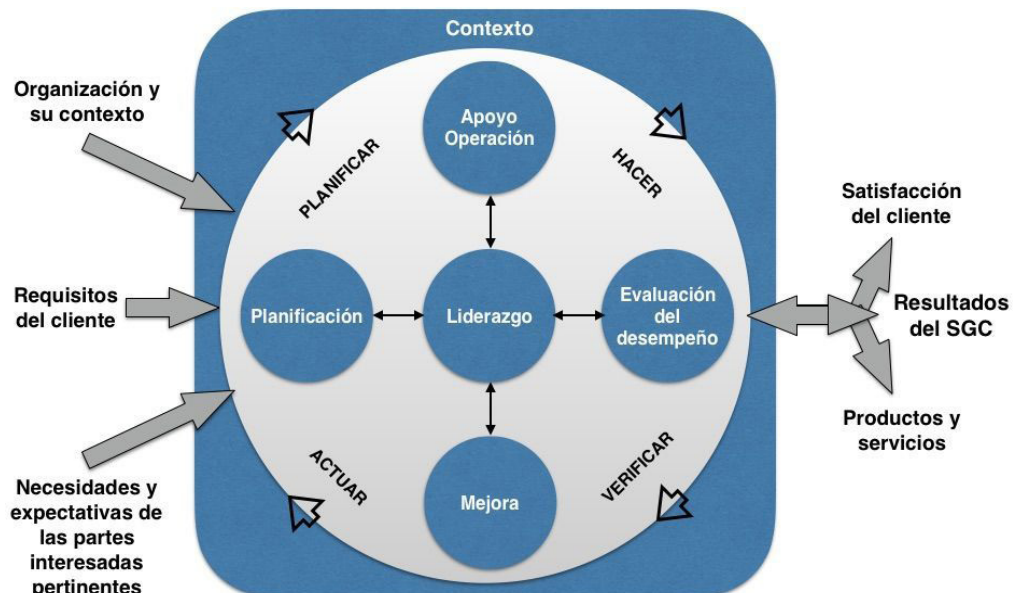
Las normas solo son herramientas, constituyen una base para mejorar la calidad en la gestión de las empresas, en el diseño y fabricación de los productos, en la prestación de servicios, etc. Permiten a consumidores y usuarios obtener una referencia para conocer el nivel de calidad y seguridad que deben exigir a los productos o servicios que utilizan. En la actualidad existen normas para casi todo: composición y características de las materias primas (plásticos, aceros, madera, etc.), productos industriales (tornillos, electrodomésticos, herramientas, etc.), productos de consumo (juguetes, mobiliario, zapatos, productos alimenticios,

etc.), maquinaria, servicios de limpieza, etc. y también se definen normas específicas para el sector sanitario. Así UNE-EN ISO 10993-18:2021 especifica un marco de referencia para identificar y, si es necesario, cuantificar los constituyentes de un producto sanitario; Normas UNE-EN ISO 11137 Esterilización de productos para asistencia sanitaria; UNE 15224 de Servicios Sanitarios, es una norma para el sistema de gestión de la calidad específica del sector de servicios sanitarios; 179003 hacia la Seguridad en la Atención Sanitaria; UNE 179002 Empresas de Transporte Sanitario; etc.

Las normas ISO 9000 se consolidaron como referente mundial, evolucionando, y en la actualidad se denominan Normas de Gestión de la Calidad.

En este ámbito las normas ISO 9000 se consolidaron como referente mundial, evolucionando, y en la actualidad se denominan **Normas de Gestión de la Calidad**. La Norma UNE-EN ISO 9000 define calidad como: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos. Esta norma hace referencia a dos grupos de requisitos: las necesidades o expectativas establecidas (características que cada uno establece) y las implícitas u obligatorias (características que se presupone se deben cumplir). Un **Sistema de Gestión de Calidad** debe estar documentado con un Manual de calidad y con procedimientos e instrucciones técnicas, siendo necesario revisar su cumplimiento mediante auditorías. Debe comprender todos los aspectos que incidan en la calidad final del producto o servicio que se presta.

Figura 2. Sistema de Gestión de Calidad según UNE-EN-ISO 9001:2015



La terminología del aseguramiento – *Quality Assurance*- tiene muchas peculiaridades, un lenguaje propio, que requiere conocer definiciones y términos para entenderla, por ello a continuación aparecen los mismos detallados.

**Tabla 1. Sistemas de Gestión de Calidad: Definiciones y conceptos**

- **Calidad:** La calidad de los productos y servicios de una organización está determinada por la capacidad para satisfacer a los clientes, y por el impacto previsto y el no previsto sobre las partes interesadas pertinentes.
- **Sistema:** conjunto de elementos interrelacionados o que interactúan. Comprende actividades mediante las que la organización identifica sus objetivos y determina los procesos y recursos requeridos para lograr los resultados deseados. El SGC gestiona los procesos que interactúan y los recursos que se requieren para proporcionar valor y lograr los resultados para las partes interesadas pertinentes. EL SGC posibilita a la alta dirección optimizar el uso de los recursos considerando las consecuencias de sus decisiones a largo y corto plazo.
- **Contexto:** Comprender el contexto de una organización es un proceso. Este proceso determina los factores que influyen en el propósito, objetivos y sostenibilidad de la organización. Considera factores internos tales como los valores, cultura, conocimiento y desempeño de la organización. También considera factores externos tales como entornos legales, tecnológicos, de competitividad, de mercados, culturales, sociales y económicos.
- **Partes interesadas:** se extiende más allá del enfoque únicamente al cliente. Es importante considerar todas las partes interesadas pertinentes. Parte del proceso para la comprensión del contexto de la organización es identificar sus partes interesadas. Las partes interesadas pertinentes son aquellas que generan riesgo significativo para la sostenibilidad de la organización si sus necesidades y expectativas no se cumplen. Las organizaciones definen qué resultados son necesarios para proporcionar a aquellas partes interesadas pertinentes para reducir dicho riesgo.
- **Sistema:** Un sistema de gestión de calidad (SGC) comprende actividades mediante las que la organización identifica sus objetivos y determina los procesos y recursos requeridos para lograr los resultados deseados. El SGC gestiona los procesos que interactúan y los recursos que se requieren para proporcionar valor y lograr los resultados para las partes interesadas pertinentes. EL SGC posibilita a la alta dirección optimizar el uso de los recursos considerando las consecuencias de sus decisiones a largo y corto plazo. Un SGC proporciona los medios para identificar las acciones para abordar las consecuencias previstas y no previstas en la provisión de productos y servicios.
- **Proceso:** proceso conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto. La organización tiene procesos que pueden definirse, medirse y mejorarse. Estos procesos interactúan para proporcionar resultados coherentes con los objetivos de la organización y cruzan límites funcionales. Algunos procesos pueden ser críticos mientras que otros pueden no serlo. Los procesos tienen actividades interrelacionadas con entradas que generan salidas.
- **Mejora:** las organizaciones con éxito tienen un enfoque continuo hacia la mejora
- **Aseguramiento de la calidad:** parte de la gestión de la calidad (3.3.4) orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos de la calidad (3.6.5)

Las normas ISO 9.000 (elaboradas por la Organización Internacional de Normalización -ISO-), son el estándar de normas de Calidad más internacional y se publicaron por primera vez en el año 1987. Se compone de un conjunto de normas que ayudan a la implantación y desarrollo de sistemas de calidad. En España,

AENOR, entidad privada independiente, fue reconocida en el año 1986, mediante una Orden Ministerial que desarrollaba el Real Decreto 1614/1985, como la única entidad autorizada para desarrollar las tareas de normalización y certificación en nuestro país.

Posteriormente, el Real Decreto 2200/1995 de 28 de diciembre que aprobaba el Reglamento de la Infraestructura para la Calidad y la Seguridad Industrial en España, ratificó a AENOR como responsable de la elaboración de las normas españolas (Normas UNE). Algunas de las normas de referencia en el ámbito sanitario aparecen en la tabla 2.

**Tabla 2. Algunas normas de referencia en el ámbito sanitario**

**UNE-EN ISO 9000:2015 Sistemas de Gestión de la calidad.** Fundamentos y vocabulario. Describe los fundamentos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y especifica la terminología.

**UNE-EN ISO 9004:2009** Gestión para el éxito sostenido de una organización, proporciona orientación para ayudar a las organizaciones a conseguir el éxito sostenido mediante un enfoque de gestión de la calidad. Este éxito sostenido se logra a través de la capacidad de la organización para satisfacer las expectativas y necesidades de sus clientes y partes interesadas, a largo plazo y de un modo equilibrado. La ISO 9004 proporciona un enfoque más amplio sobre la gestión de la calidad que la ISO 9001 y ha sido desarrollada para mantener coherencia con la Norma ISO 9001 y para ser compatible con otras normas de sistemas de gestión. Dichas normas se complementan entre sí, pero también se pueden utilizar de manera independiente.

**UNE-EN ISO 14001:2015 Sistemas de gestión ambiental.** Es una norma que establece las pautas o requisitos que debe tener el sistema de gestión ambiental de una organización. Se puede implementar en toda organización, de cualquier sector y de cualquier tamaño.

**UNE 81900 (1996):** establecen las directrices para que una empresa pueda implantar un sistema de gestión de **prevención de riesgos laborales** que evite o minimice los riesgos para los trabajadores.

**UNE-EN ISO 15189:2007:** Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para la calidad y la competencia

**UNE-EN ISO 27001:2017 – Seguridad de la Información:** proporciona un modelo para la creación, implementación, operación, supervisión, revisión, mantenimiento y mejora de un Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, aplicable con independencia a las características de la organización.

- **UNE-EN ISO 45001: 2018 – Seguridad y Salud:** implantado por organizaciones que prestan un servicio o fabrican un producto controlando los riesgos laborales y de salud para sus trabajadores, y fomentando entornos de trabajo seguros y saludables de acuerdo a la normativa y legislación vigente.

**UNE-EN ISO 26000:2021 – Responsabilidad Social:** proporciona orientación a la organización para contribuir al desarrollo sostenible, de manera ética y transparente, teniendo en cuenta las expectativas de las partes interesadas, la legislación aplicable y la normativa internacional de comportamiento.

**UNE 179003** tiene como objeto establecer una correcta **gestión de riesgos para la seguridad** del paciente en los servicios sanitarios.

Estos sistemas fueron diseñados inicialmente para la industria, pero después de varias décadas de perfeccionamiento son aplicables a cualquier actividad humana y la Medicina no es ajena a ello. La implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad, como la norma ISO 9001, abarca todos los ámbitos de la actividad profesional incluyendo el entorno de trabajo asistencial, y son las más utilizadas.

---

### **c. Acreditación**

---

Es el procedimiento mediante el cual un Organismo de Acreditación autorizado reconoce formalmente que una organización es competente para la realización de una determinada actividad de evaluación de la conformidad.

La acreditación como método de análisis se emplea una vez establecido el grado de calidad que deben tener las prestaciones de un centro o unidad, para comprobar si cumple las características adecuadas para alcanzar los niveles especificados en cuanto a estructura física, equipos, organización, métodos y procedimientos, personal, etc. El modelo define la estructura óptima, de acuerdo con el nivel deseado de calidad del servicio. La calidad del servicio además depende de la ejecución de los procesos y del control y mejora de los mismos, y serán las medidas de proceso y resultado las que permitan identificar puntos fuertes y áreas de mejora de nuestra organización, sobre los que aplicar la metodología de gestión de la calidad, una vez que se cumplen los requisitos estructurales.

Los sistemas de acreditación sanitaria están sujetos a diferentes variables y situaciones, generalmente preconcebidas por la cultura, el nivel político y socioeconómico, así como el entorno en que se halla el país o región donde se aplique el sistema de acreditación.

Mediante el proceso de acreditación se verifica el cumplimiento, por parte de la organización, de su propio plan de trabajo, su

*Los sistemas de acreditación sanitaria están sujetos a diferentes variables y situaciones, generalmente preconcebidas por la cultura, el nivel político y socioeconómico.*

orientación hacia la calidad total y el nivel de cumplimiento de sus objetivos e indicadores de resultados.

Para hablar de un modelo de acreditación debemos tener en cuenta el contexto sanitario y dentro de éste el modelo de sistema sanitario<sup>20</sup> en que está encuadrado, que podríamos concretar en Sistema Nacional de Salud típico del Reino Unido; modelo de seguros sociales característico de Alemania o Francia; modelos con sistemas mixtos, esencialmente públicos con suplementos privados, como en el caso de Quebec (Canadá); y modelos de seguros privados, con programas de financiamiento público para determinados grupos de personas (EEUU).

Dependiendo del lugar, la acreditación se utiliza con diferentes objetivos: verificación de una conformidad de acuerdo a unos estándares de seguridad y calidad (EEUU); iniciación para emprender una búsqueda de mejora de la calidad (Australia, Reino Unido, Nueva Zelanda); autorización para producir unos cuidados que puedan ser contratados por un organismo financiador (programa federal Medicare en EEUU, Cataluña,...); o regulación de la oferta de atención sanitaria (Francia, Cataluña,...).

Las características generales<sup>21</sup> de la acreditación aparecen en la tabla 3.

**Tabla 3. Características generales de la acreditación**

<p>1. Carácter voluntario, aunque en algunas regiones o países es obligatoria.</p> <p>2. El procedimiento. Existe un organismo independiente que elabora las normas y realiza el proceso de acreditación. Los organismos que marcan los objetivos, la finalidad, los datos y las circunstancias de la acreditación son muy diversos, e incluso algunas sociedades científicas han desarrollado sus propios modelos de acreditación (Unidades de Ictus<sup>22</sup>, o Cirugía Mayor Ambulatoria<sup>23</sup>), que empiezan a ser utilizadas en nuestro medio.</p> <p>3. Las normas: tienden a centrarse en criterios y estándares de procesos (de gestión y asistenciales) y de resultados, haciendo énfasis en el objetivo de la atención al paciente, adecuando los requisitos del sistema a la realidad sanitaria de su ámbito.</p> <p>4. Los centros sanitarios que solicitan la acreditación llevan a cabo previamente una autoevaluación, que posteriormente es comprobada por medio de una auditoria externa o procedimiento de verificación externo.</p> <p>5. Contenido del Manual: no es uniforme. Suelen hacer referencia a buenas prácticas clínicas, consultas y referencias médicas y profesionales, la organización interna de servicios y centros, la higiene hospitalaria, la satisfacción de pacientes, la calidad de la acogida y la calidad de la alimentación.</p> <p>6. La composición del equipo auditor suele ser multidisciplinar, integrado por expertos en gestión sanitaria y/o clínica, así como en cuidados (enfermería) y en servicios generales, etc.</p> <p>7. Sus consecuencias. Varían, en unos casos solo supone marketing para el centro, en otros es un requisito para poder contratar con el Servicio de Salud Público.</p> <p>8. El coste de este proceso: generalmente es abonado por el centro, el precio oscila según el tamaño del centro, las visitas efectuadas, número de auditores, estancias, etc.</p> <p>9. La iniciativa: puede tomarla el centro (hospital, servicio, etc.) o en su defecto los organismos responsables en el ámbito regional o nacional.</p>
--

Generalmente, el proceso de acreditación, produce la dinamización de equipos, la mentalización pensando con criterios de calidad, la mejora del servicio y del clima laboral, y efectos más concretos en programas definidos. Para ello nos encontramos con elementos facilitadores como pueden ser la voluntad política del ministerio a través del director del centro o de los representantes regionales, sobre todo en el Reino Unido; en Francia pueden ser las presiones externas sobre el sistema sanitario lo que incide en esta dinámica; y en EEUU está concebido como algo consustancial con su cultura sanitaria.



*El modelo de acreditación más conocido en España es la formación de especialistas - médicos internos y residentes (MIR)-, que desarrolla el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.*

La Acreditación se define, en términos generales, como el hecho de "hacer digna de crédito alguna cosa, probar su certeza o realidad" o "dar seguridad de que alguna persona o cosa es lo que parece o representa"<sup>16</sup>. Supone el reconocimiento por una tercera parte autorizada de la competencia técnica de una entidad (organismo de certificación, entidad de inspección, laboratorio de ensayo o calibración o verificador medioambiental) para la realización de una actividad determinada perfectamente definida. En última instancia, podría ser considerado, un procedimiento de verificación externo dirigido a evaluar el grado de cumplimiento de una serie de requisitos de calidad, previamente establecidos, por un órgano independiente, el cual, a la vista de los resultados obtenidos, emitirá finalmente el dictamen correspondiente.

El modelo de acreditación más conocido en España es la formación de especialistas - médicos internos y residentes (MIR)-, que desarrolla el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; el mismo Ministerio acredita en la actualidad Centros y Unidades como Referencia del Sistema Nacional de Salud<sup>24</sup>. Así mismo, algunas Sociedades Científicas han desarrollado programas de acreditación, no solo relacionados con la formación de su especialidad en colaboración con el Ministerio, sino con Unidades específicas (Sociedad Española de Patología Respiratoria (SEPAR)<sup>25</sup>; Asociación Española de Coloproctología<sup>26</sup>; Ictus en Neurología<sup>27</sup> o Aparato Digestivo<sup>28</sup>, etc.).

La Entidad Nacional de Acreditación<sup>29</sup> (ENAC) es el organismo designado por la Administración para establecer y mantener el sistema de acreditación a nivel nacional, de acuerdo a normas internacionales, siguiendo en todo momento las políticas y recomendaciones establecidas por la Unión Europea. Su misión es evaluar la competencia técnica de los organismos de evaluación de la conformidad- Laboratorios, Entidades de Inspección, de Certificación, Verificadores- para generar así confianza en sus actividades a la Administración, al mercado y a la sociedad en general.

## d. Certificación

*La certificación es la acción llevada a cabo por una entidad reconocida como independiente de las partes interesadas, mediante la que se manifiesta la conformidad de una empresa, producto, proceso, servicio o persona con los requisitos definidos en normas o especificaciones técnicas.*

La certificación supone que alguien asegura que un tercero cumple con una serie de normas de calidad, de tal modo que puede confirmar que sigue un proceso de puesta en práctica rigurosa de un determinado proceso (o actividad). En el caso de la certificación la norma a la que suele recurrirse, por ser la más extendida en nuestro país en el ámbito industrial y de servicios, es la ISO 9000.

Su propósito es asegurar al cliente que va a recibir lo que él/ella especificó. En función de su carácter se clasifican en obligatorias y voluntarias y dependiendo de quién las desarrolla: por primera, segunda o tercera parte.

Existen una serie de entidades de certificación que establecen la conformidad con carácter voluntario de una empresa, producto, proceso, servicio o persona. En el ámbito internacional existen dos organismos de normalización; así, la Organización Internacional de Normalización (*International Standards Office*, ISO) es la que cubre la mayoría de sectores de actividad (excepto electrotecnia). Su objetivo es fomentar las actividades de normalización, la Organización Mundial del Comercio (OMC) recomienda la utilización de estas normas en las transacciones comerciales.

Un **sistema de calidad** es un método que adopta cada organización (servicio o centro), por el cual se asegura la conformidad de los productos o servicios con lo que está reglamentado por la Norma ISO 9000. Debe estar definido el ámbito de la certificación y el propósito: precisando y comunicando de forma concreta los servicios, actividades y/o productos comprendidos en los

*La certificación es la acción llevada a cabo por una entidad reconocida como independiente de las partes interesadas, mediante la que se manifiesta la conformidad de una empresa, producto, proceso, servicio o persona con los requisitos definidos en normas o especificaciones técnicas.*

certificados de aprobación (por ejemplo, en un hospital: unidad de admisión, microbiología, etc.).

Requiere elaborar un soporte documental, para evitar los errores producidos por la confusión a que dan lugar los métodos de trabajo difundidos oralmente. A dicho soporte se le denomina sistema de calidad y precisa un manual de calidad. La documentación incluida en el manual debe ser concisa, concreta y ajustada a lo que se hace realmente en el centro. El manual no debe incluir nada que no se pueda cumplir. Por ello debe elaborarse de forma participativa, lo que implica que los profesionales responsables de desarrollar las actividades participaran en la definición, documentación e implantación del sistema de calidad. El uso de gráficos facilita la comprensión, aunque no son imprescindibles.

¿Para qué necesita una organización implantar un sistema de calidad? Como característica diferenciadora y para mejorar la gestión y su organización interna, a partir de la reducción de los costes de no calidad. El sistema debe diseñarse de acuerdo a la empresa, a sus objetivos, su producción o servicios, a su economía y debe ajustarse especialmente a las exigencias de los objetivos de calidad y a los requerimientos del cliente, de manera que permita prevenir fallos durante el proceso. Se puede desarrollar para un hospital, un centro de salud o un servicio o unidad cualquiera. Hasta la fecha los que mayor tradición presentan son los servicios centrales (laboratorios, diagnóstico por imagen, farmacia, cocina, biblioteca, etc.).

Los modelos ISO de sistemas de calidad desde la versión del año 2000, incorporan de manera explícita la mejora continua y la satisfacción del cliente. Lo que supone un avance sobre el anterior concepto de aseguramiento de la calidad y aproxima este modelo de gestión al de la EFQM. La 9004 va más allá, proporcionando recomendaciones para la mejora.

La certificación, aunque ha ido incorporando aspectos relacionados con el aprendizaje y la mejora, se centra fundamentalmente en el cumplimiento de la normativa. Si lo que buscamos es una

*Los modelos ISO de sistemas de calidad desde la versión del año 2000, incorporan de manera explícita la mejora continua y la satisfacción del cliente.*

organización que trabaje en una cultura de mejora continua, dirigida a la Excelencia, parece conveniente utilizar los modelos de evaluación, como el EFQM.

---

### 3.- Modelos

---

Un modelo es una descripción simplificada de una realidad que se trata de comprender, analizar y, en su caso, modificar. La utilización de un modelo permite establecer un enfoque y un marco de referencia objetivo y estructurado para el diagnóstico de la organización, y las líneas de mejora de la organización. Es, por tanto, un referente estratégico que identifica las áreas sobre las que hay que actuar. Al mismo tiempo, el modelo favorece la comprensión de las dimensiones más relevantes de una organización, estableciendo criterios de comparación con otras

Existen varios modelos para la aplicación de la gestión de calidad total: el Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (*European Foundation for Quality Management* –EFQM) fue promovido y financiado por la Unión Europea en 1991 para introducir la gestión de calidad total en el entorno europeo desde una perspectiva global de competitividad; de forma similar al pionero de la fundación JUSE (Japón, 1950), el *Malcolm Baldrige National Quality Award Model* (EEUU, 1987) o el Iberoamericano de Excelencia en la Gestión (Cartagena de Indias, 1999). Aunque cada uno de estos modelos está orientado a una cultura diferente, todos ellos comparten una serie de similitudes<sup>30</sup>: se basan en el concepto de calidad total, presentan interrelación entre los criterios que los constituyen, introducen un sistema de evaluación basado en: ¿cómo se gestiona? (criterios agentes) y ¿qué se consigue? (criterios resultados), enfatizan en que el resultado final es conseguir una organización más efectiva y eficiente, que se ajuste a las necesidades de sus clientes y de la comunidad; prestan especial atención a la medida de la mejora de la efectividad así como a los procesos que han contribuido a ello. Tanto los modelos como cada uno de los criterios en los

*El modelo EFQM se utiliza en el ámbito sanitario desde finales del siglo XX; las organizaciones sanitarias del País Vasco fueron las pioneras, y en la actualidad se utiliza en la mayor parte de las CCAA.*

que se sustentan sirven como marco de mejora, aunque pueden requerir su simplificación en etapas iniciales.

Todos estos modelos llevan aparejado un premio para fomentar su difusión y promover su despliegue en todos los ámbitos. Todos ellos constan de diversos criterios, frente a los cuales hay que evaluar la organización. De esta forma, no sólo se obtiene una puntuación, sino que la empresa llega a conocer cuáles son sus puntos fuertes y cuáles deben ser las áreas de mejora. Sirven como instrumento de autoevaluación para las organizaciones y las entidades encargadas de su gestión utilizan como elementos de difusión de los mismos la entrega anual de "Premios a la excelencia de la gestión"<sup>3</sup> en los que se difunden las mejores experiencias en gestión. En unos casos son de ámbito regional [convocados generalmente por las Comunidades Autónomas (CC.AA): Aragón, Murcia, Madrid, País Vasco, etc.]. En Europa la EFQM convoca anualmente el premio, en el que participan organizaciones europeas de todo tipo. El Iberoamericano es otorgado anualmente en el seno de la Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno<sup>31</sup>.

El modelo EFQM se utiliza en el ámbito sanitario desde finales del siglo XX; las organizaciones sanitarias del País Vasco fueron las pioneras, y en la actualidad se utiliza en la mayor parte de las CCAA. Habiendo obtenido reconocimientos en el ámbito regional<sup>32</sup>, nacional e internacional<sup>33,34</sup> tanto hospitales como gerencias/comarcas de atención primaria.

### **a. Modelo EFQM**

Como consecuencia del desarrollo de la calidad total a escala internacional han ido surgiendo distintos modelos, que se denominaban de Excelencia en la Gestión. EFQM fue revolucionaria al impulsar la evolución desde la "Calidad" hacia la "Excelencia", pero continúa evolucionado y actualmente considera la excelencia como una condición necesaria, pero no suficiente en la gestión de cualquier organización. Por ello el modelo ha modificado su nombre en 2020, eliminando el término "de excelencia".

El modelo EFQM es un marco de gestión<sup>35</sup>, que sirve como herramienta de ayuda a la transformación de cualquier organización –pública o privada, para alcanzar el éxito y mejorar su rendimiento. El modelo se ha actualizado en 2020. Su estructura actual se basa en una lógica sencilla que responde a tres cuestiones (bloques), que corresponden a los anillos del “Golden Circle”<sup>36</sup>, y se estructura en siete criterios.

<b>BLOQUES</b>	
<b>DIRECCIÓN</b>	¿ <b>Por qué</b> existe la organización? ¿ <b>Qué</b> propósito cumple? ¿ <b>Por qué</b> esta estrategia concreta?
<b>EJECUCIÓN</b>	¿ <b>Cómo</b> tiene la intención de cumplir con su propósito y estrategia?
<b>RESULTADOS</b>	¿ <b>Qué</b> ha logrado hasta ahora? ¿ <b>“Qué”</b> quiere lograr en el futuro?

Su hilo conductor muestra la conexión lógica entre el propósito y la estrategia de cualquier organización y cómo ésta se usa para crear valor sostenible para sus grupos de interés y en la generación de resultados sobresalientes.

Se utiliza realizando un examen global sistemático de las actividades, para detectar áreas de mejora, estableciendo los correspondientes planes de mejora. El examen global se realiza periódicamente comparando la organización con el modelo.

Figura 3. Modelo EFQM 2020 <sup>32</sup>



*El modelo EFQM 2020 se basa en una secuencia lógica que engloba la dirección, la ejecución y los resultados.*

Tal y como aparece en la figura 3, el modelo está formado por siete criterios, que relacionan el propósito, la estrategia, los procesos que se despliegan y los resultados con la cultura de la organización, que es lo que permite generar un valor sostenible. Ayuda a definir el **propósito de la organización**, su razón de ser. Considera para que una organización cree valor debe tener clara su **visión y su estrategia**, conocer cuál es su cultura e introducir elementos innovadores de cambio., también intenta **garantizar un liderazgo** en todos los niveles a través del trabajo en equipo. Así mismo, evalúa la forma cómo hacemos **cambios progresivos y constantes en las organizaciones**, fomentando las buenas prácticas, identificando riesgos, buscando soluciones y realizando **previsiones de futuro**, a medio y largo plazo. El modelo ayuda a comprender que la entidad no se encuentra aislada, y debe gestionar su relación con su ecosistema.

El modelo EFQM 2020 se basa en una secuencia lógica que engloba la **dirección, la ejecución y los resultados**. En la etapa de dirección, se exponen los porqués (por qué razón existe la organización, qué propósito cumple o por qué hay que seguir una estrategia concreta). En la segunda etapa se valora la ejecución del programa (¿cómo se va a cumplir con el propósito?, o ¿cómo se va a crear valor sostenible para impulsar el rendimiento de la organización? En la etapa de resultados se valora qué es lo que la organización ha logrado y hacia dónde se proyecta en el futuro.

Los siete criterios abarcan la **dirección** (dos criterios), la **ejecución** (tres criterios) y los **resultados** (dos criterios). Son los siguientes:

CRITERIO	
<b>1. Propósito, visión y estrategia.</b>	Una organización sobresaliente se define por un propósito que inspira, una visión que es aspiracional y una estrategia que se lleva a cabo.
<b>2. Cultura de la organización y liderazgo.</b>	La cultura organizacional es la colección específica de valores y normas que comparten las personas y los grupos dentro de una organización que influyen, con el tiempo, la forma en que se comportan entre sí y con las partes interesadas claves fuera de la organización. Por su parte, el liderazgo se relaciona con la organización como un todo en lugar de una persona o equipo que dirige desde la cima.
<b>3. Implicar a los grupos de interés.</b>	Debemos construir relaciones sostenibles y duraderas con los clientes y con todos aquellos grupos de interés, como pueden ser inversores, proveedores, <i>partners</i> ...
<b>4. Crear valor sostenible.</b>	Debemos ser cuidadosos a la hora de crear un valor sostenible de la organización, a la vez que debemos saber comunicarlo adecuadamente a nuestros grupos de interés.
<b>5. Gestionar el funcionamiento y la transformación.</b>	La gestión de los activos y los recursos de la organización debe estar enfocada a la creación de un valor sostenible en el tiempo. Es por ello por lo que se debe tener un enfoque de cara al futuro, aprovechando la tecnología y la innovación.
<b>6. Percepción de los grupos de interés</b>	Debemos medir en la medida de lo posible el impacto de nuestro valor en nuestros grupos de interés, así como saber si la comunicación ha llegado a estos de forma correcta.
<b>7. Rendimiento estratégico y operativo.</b>	Medición de resultados para poder observar qué debemos mejorar en la organización de cara al futuro.

El modelo puede utilizarse de distintas formas:

- como herramienta de auto evaluación
- como herramienta de comparación con otras organizaciones (benchmarking)
- como guía de identificación de áreas de mejora
- como guía para la gestión de la organización, y
- como base de evaluación para obtener el premio europeo de calidad.



Detrás del modelo hay un premio, con una puntuación máxima de 1000 puntos, la distribución actual de puntos no es homogénea, sigue el esquema siguiente:

- **Dirección** 200 puntos (100 corresponden al criterio Propósito, Visión y Estrategia; y 100 al criterio Cultura de la Organización y Liderazgo).
- **Ejecución** 400 puntos (200 corresponden al criterio Crear Valor Sostenible; y 200 corresponden a otros dos criterios: Implicar a los Grupos de Interés y Gestionar el Funcionamiento y la Transformación).
- **Resultados** 400 puntos, divididos en dos criterios (200 puntos al 50%): Rendimiento Estratégico y Operativo; y Percepción de los Grupos de Interés.

En resumen, en el modelo EFQM 2020 los resultados son importantes, son el pasado, reflejan lo sucedido. Da mayor importancia a que la organización sepa por qué existe y a quién sirve, por ello pondera con mayor peso el subcriterio de ejecución (crear valor sostenible). Es importante conocer la cultura establecida para la consecución del éxito, saber cómo ofrecer el mejor valor sostenible y cómo aprovechar al máximo los resultados logrados hasta la fecha.

---

#### 4.- Cuadro de mando integral (CMI)

---

El cuadro de mando (Balanced Scorecard – BSC) deriva del concepto francés *tableau de bord*, que debe servir para la gestión de cualquier organización en sus distintos niveles y ámbitos, con una selección de indicadores de rápida obtención que faciliten la toma de decisiones para someter a control la gestión. Fue diseñado por Kaplan y Norton<sup>37</sup> en 1992 como un sistema de gestión que va más allá de la perspectiva financiera. Es un método para medir las actividades de una compañía en términos de su propósito, visión y estrategia, y permite la valoración global de la organización. Mediante un mapa estratégico de relaciones

*El cuadro de mando (Balanced Scorecard – BSC) deriva del concepto francés *tableau de bord*, que debe servir para la gestión de cualquier organización en sus distintos niveles y ámbitos*

causa-efecto. Lo importante es que ninguna perspectiva funciona de forma independiente.

Ofrece una serie de indicadores que permiten visualizar de forma fácil, general, objetiva y en tiempo real y que sirve de ayuda a la toma de decisiones de los directivos. Se desarrolla teniendo en cuenta cuatro perspectivas interrelacionadas.

¿Cómo construir un CMI? El primer paso sería la definición de los objetivos para lograr la visión de la organización. Dichos objetivos constituirán nuestra forma de actuar con los clientes y, a su vez, el logro de sendos objetivos dependerá necesariamente de cómo se hayan programado y planificado los procesos de la organización. El CMI plantea que necesariamente el logro de objetivos pasa por formación, aprendizaje y crecimiento continuos.

Al utilizar el CMI se debe valorar la organización desde cuatro perspectivas:

- Desarrollo y Aprendizaje (*Learning and Growth*): ¿Podemos continuar mejorando y creando valor?
- Interna (*Internal Business*): ¿En qué debemos sobresalir?
- Cliente (*Customer*): ¿Cómo nos ven los clientes?
- Financiera (*Financial*): ¿Cómo nos ven los accionistas?

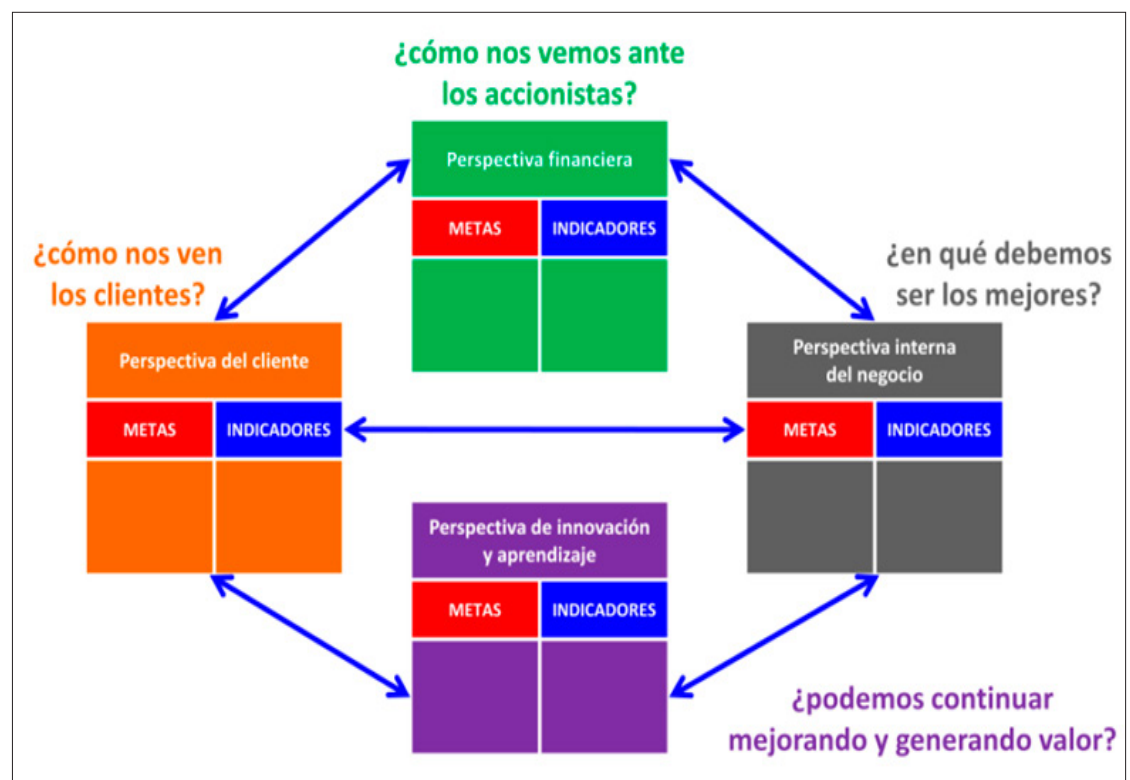
Para cada una de ellas se definen objetivos, indicadores, metas y planes de acción.

El CMI es un sistema de gestión estratégica de la organización, mediante la formulación de una estrategia consistente y transparente; la comunicación de la estrategia a la organización; coordinación de los objetivos de las unidades, conectar los objetivos con la planificación financiera y presupuestaria, identificar y coordinar las iniciativas estratégicas y medir sistemáticamente la realización de todo ello, proponiendo acciones correctivas cuando sea necesario.

*El CMI es un sistema de gestión estratégica de la organización, mediante la formulación de una estrategia consistente y transparente*

Aunque el CMI se considera una herramienta sencilla, implementarlo puede resultar muy complejo. Para describir la estrategia se pueden utilizar mapas estratégicos, describiendo la transformación de los activos intangibles en resultados tangibles, mediante una cadena de relaciones causa-efecto. Dichos mapas sirven para que el personal comprenda la estrategia, vea qué objetivos se pretende conseguir y se implique en ellos.

Figura 6. Cuadro de Mando Integral



Las distintas métricas o KPI (*Key Performance Indicators* o indicadores clave) que ofrece un cuadro de mando deben ser muy bien seleccionados. Deben representarse tanto en cifras como de forma visual. Es muy útil utilizar el método semáforo para indicar el estado de cada indicador (verde para los que se encuentran en un rango normal, amarillo aquellos con una desviación pequeña y rojo para aquellos con una desviación grave). La cantidad de indicadores que debe mostrar un cuadro de mando debe ser limitada y deben estar alineados con los objetivos fijados en la estrategia de la organización.

Cuando se analizan normas y modelos, se debe tener en cuenta que no son mejores unas que otras, cada una aporta peculiaridades diferentes y la diferencia radica en que unas son más adecuadas que otras para ciertas funciones; será potestad de la Dirección la selección de unos u otros dependiendo del entorno, de las características de la organización y de los recursos disponibles. La convergencia entre modelos para beneficiarse de los puntos fuertes de cada uno de ellos es posible, pero depende de la voluntad de las administraciones regionales, proveedores de salud, profesionales del sistema sanitario y de la calidad, y organizaciones de ciudadanos, que deben trabajar en un entorno participativo y adoptar las medidas más idóneas para su sistema sanitario y entorno sociocultural concreto. Todos ellos comparten similitudes en cuanto a los métodos utilizados, pero difieren en el objetivo y el enfoque de la evaluación. Las diferencias en el enfoque incluyen el hecho de si se analiza en la totalidad o en una parte de la organización, o si la revisión se centra en el paciente o en los sistemas. Los diferentes objetivos se reflejan en el énfasis y uso de distintas herramientas metodológicas; pero debe quedar clara la complementariedad de todas ellas.

## Bibliografía

- 1 Acevedo Barberá A, Lorenzo Martínez S, Pinedo Moraleda F. *Sistemas de gestión de la calidad. En: Libro Blanco de la Anatomía Patológica en España 2009. Recursos, Calidad e Impacto de la Patología en España. Sociedad Española de Anatomía Patológica, 2009. ISBN: 13:978-84-692-1562-3.*
- 2 Lorenzo Martínez S. *Introducción a la gestión de calidad. En: Gil de Miguel A, Gallardo Pino C, Pardo Hernández A. Máster de calidad asistencial y atención al paciente. Ed. Aula Médica, Madrid 2009.*
- 3 Euskalit. *Calidad total. Ed Euskalit, Bilbao, 2000.*
- 4 Donabedian A. *Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q. 1966; 44:166-206.*
- 5 Wennberg JE. *Dealing with medical practice variations: A proposal for action. Health Aff. 1984; 3:6-32.*
- 6 Berwick DM. *Continuous improvement as an ideal in health care. N Engl J Med. 1989;320:53-6.*
- 7 Vuori H. *Implementation of quality assurance in Europe. J Manag Med. 1989; 1:119.*
- 8 Palmer RH. *Quality health care. JAMA.1996; 275:1851-2.*
- 9 Shaw C. *Health-care quality is a global issue. Clin Governance Bull. 2002; 3: 2-8.*
- 10 Lorenzo S, Mira JJ, Ignacio E. *Gestión de la calidad. En Ayuso D, Grande R. La Gestión de enfermería y los servicios. generales en las organizaciones sanitarias. Ed. Díaz de Santos. Madrid 2006.*
- 11 Euskalit e Instituto Andaluz de Tecnología. *Guía para una gestión basada en procesos. Ed. EUSKALIT, 2002. [consultado 04/02/2023] disponible en: <https://www.centrosdeexcelencia.com/wp-content/uploads/2016/09/guiagestionprocesos.pdf>*

- 12 Gunasekaran A, Subramanian N, Ngai E. *Quality Management in the 21st Century Enterprises: Research pathway towards Industry 4.0. International Journal of Production Economics.* 2019; 207: 125-9. DOI: 10.1016/j.ijpe.2018.09.005.
- 13 Srinivasan A, Kurey B. *Creating a culture of quality. Harvard Business Rev.* 2014; 92(4): 23-25. [consultado 04/02/2023] disponible en: <https://hbr.org/2014/04/creating-a-culture-of-quality>
- 14 Ashton M. *Getting Rid of Stupid Stuff. N Engl J Med.* 2018; 317:1789-91. DOI: 10.1056/NEJMp1809698
- 15 Lorenzo S, Pombo N, Cardin J, Trapero MA, González del Tánago S, Valor S. *¿Estructura? Trámites necesarios para abrir un hospital en la Comunidad de Madrid. Rev Calid Asist.* 1999; 14:187-9.
- 16 Ministerio de Sanidad y Consumo. *Acreditación de Centros Sanitarios. Jornada de debate, 28 de abril de 1998. Ed. Centro de Publicaciones, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1998.*
- 17 Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. *Ministerio de Sanidad. Proceso de acreditación de centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud.* [consultado 05/02/2023]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuestionario/Manual\\_Acreditacion\\_Centros\\_Servicios\\_Unidades.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuestionario/Manual_Acreditacion_Centros_Servicios_Unidades.pdf)
- 18 Palmer HR. *Ambulatory health care evaluation: principles and practice. American Hospital Publishing, 1983.*
- 19 Sheps MC. *Approaches to the quality of hospital care. Hospital Administration.* 1970; 15:21-42.
- 20 Christophe Segouin. *L'Accréditation des établissements de santé (de l'expérience internationale à l'application française. Les dossiers de L'AP-HP. Edit. Doin. París, 1999.*

- 21 Aranaz JM<sup>a</sup>, Vitaller J. Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria. En: Vitaller J. Orientaciones internacionales en el aseguramiento y acreditación sanitaria. Generalitat Valenciana, Monografies Sanitaries, serie Estudios para la Salud, Núm 4. Valencia, 2003
- 22 Sociedad Española de Neurología. Manual de Criterios de Acreditación para el Programa de Acreditación de Unidad de Ictus. Disponible en: <http://www.ictussen.org/?q=node/88> [consultado 2 de febrero de 2012].
- 23 Giner Nogueras M, et al. Acreditación de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. En Porrero JL, Porrero B ed. Cirugía Mayor Ambulatoria. Eficiencia en la asistencia sanitaria. Ed. Masson, Barcelona 2015.
- 24 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/CentrosDeReferencia/CentrosCSUR.htm> [consultado el 1 de febrero de 2012].
- 25 Sociedad Española de Patología Respiratoria. [consultado 14/02/2023]. Disponible en: <https://www.separ.es/node/372>
- 26 Asociación Española de Coloproctología. [consultado 14/02/2023]. Disponible en: <https://www.aecp-es.org/index.php/acreditacion>
- 27 Sociedad Española de Neurología. [consultado 14/02/2023]. Disponible en: [http://ictus.sen.es/?page\\_id=88](http://ictus.sen.es/?page_id=88)
- 28 Sociedad Española de Aparato Digestivo. [consultado 14/02/2023]. Disponible en: <https://www.sepd.es/estandares-calidad>
- 29 Entidad Nacional de Acreditación. [consultado 09/02/2023] disponible en: <https://www.enac.es/inicio>

- 30 Lorenzo S. *Evidencias de aplicación del modelo EFQM de Excelencia al sector sanitario en nuestro medio*. *Rev Calid Asist.* 2000, 15:129-30.
- 31 *Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión*. [consultado 09/02/2023] disponible en: [https://www.fundibeq.org/images/pdf/Modelo\\_Iberoamericano\\_V\\_2019\\_Revisada.pdf](https://www.fundibeq.org/images/pdf/Modelo_Iberoamericano_V_2019_Revisada.pdf)
- 32 *Entidad Nacional de Acreditación*. Disponible en: <http://www.euskalit.net/nueva/index.php/es/que-ofrecemos/evaluacion-y-reconocimientos/reconocimientos> [consultado el 3 de febrero de 2012].
- 33 *EFQM*. Disponible en: <http://excellenceone.efqm.org/Default.aspx?tabid=376> [consultado el 3 de febrero de 2012].
- 34 *Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad*. Disponible en: [http://www.fundibeq.org/opencms/opencms/PWF/prize/historical/organizations/index/index.html?\\_\\_setlocale=es](http://www.fundibeq.org/opencms/opencms/PWF/prize/historical/organizations/index/index.html?__setlocale=es) [consultado el 3 de febrero de 2012].
- 35 *Club de Excelencia en Gestión. Modelo EFQM 2020*. [consultado 04/02/2023] Disponible en: <https://www.clubexcelencia.org/conocimiento/modelo-efqm>
- 36 Sinek S. *Leaders Eat Last: Why Some Teams Pull Together and Others Don't*. Portfolio Hardcover. 2017
- 37 Kaplan RS, Norton DP. *The balanced scorecard measures that drive performance*. *Harv Bus Rev.* 1992; 70(1):71-9.