



DOCUMENTO DE TRABAJO 04/2015

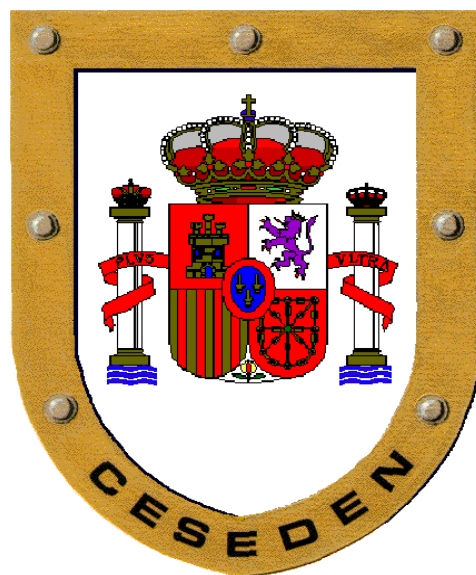
PLAN ANUAL DE INVESTIGACIÓN 2015

ORGANISMO SOLICITANTE DEL ESTUDIO:

CESEDEN

**DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD A LA
APLICABILIDAD DE LA CALIDAD EN
LA ENSEÑANZA**

DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD A LA APLICABILIDAD DE LA CALIDAD EN LA ENSEÑANZA



Mayo 2015

***CENTRO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE LA DEFENSA NACIONAL
(CESEDEN)***

ÍNDICE

Introducción

Por Aurelio Sáenz Gutiérrez

Capítulo primero

LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS. ANÁLISIS INTERNO

Por Juan Bestard Perelló

Capítulo segundo

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA ENSEÑANZA PARA LA COBERTURA DE NECESIDADES INMEDIATAS EN EL ÁMBITO MILITAR. UN CASO CONCRETO

Por Juan Antonio Cruz Moro

Capítulo tercero

CALIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO. IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DE UN PLAN DE CALIDAD

Por Ana Isabel Sánchez Atrio

Capítulo cuarto

¿EL CLIENTE SIEMPRE TIENE LA RAZÓN?. ANÁLISIS Y PERSPECTIVAS DE LOS SISTEMAS DE GARANTÍA INTERNA DE CALIDAD EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Por Juan García-Gutiérrez

Capítulo quinto

CONSIDERACIONES SOBRE LA CALIDAD Y SUGESTIÓN EN LAS ORGANIZACIONES

Por Aurelio Sáenz Gutiérrez

COMPOSICIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO

INTRODUCCIÓN

Aurelio Sáenz Gutiérrez

Licenciado en Medicina y Cirugía. Experto en Calidad, Dirección, Gestión y Derecho Sanitario.

INTRODUCCIÓN

Para hablar de calidad habría que definir previamente qué entendemos por “calidad”, pero no es tarea sencilla. En la definición de este concepto se introducen a veces criterios cuya valoración encierra un alto nivel de subjetividad e incluso, aun utilizando indicadores aparentemente objetivos, no siempre están valorados por igual por distintos observadores.

A la complejidad de esta tarea se añade con mayor frecuencia de la esperada otro factor de confusión, que consiste en tratar de comparar mediante la observación y medida de los mismos indicadores, elementos que han sido diseñados con finalidades distintas en cuyo caso cabría preguntarse si en realidad son de la misma especie.

A lo largo de la historia, ha ido variando la forma de entender y definir “la calidad” dentro de las organizaciones. Varios milenios han transcurrido desde lo que muchos autores consideran el primer vestigio documentado de la preocupación por la calidad, así en el Código de Hammurabi (año 2150 a. de C.) se puede leer este texto: “Si un albañil ha construido una casa insuficientemente sólida y ésta se hunde y mata a sus ocupantes, el albañil será ejecutado”.

Resulta curiosa esta reseña ya que, aunque con más de 4000 años de antigüedad, se puede entender que aplica el concepto de lo que actualmente llamamos calidad a una actividad concreta, la construcción en este caso, estableciendo ya un criterio o indicador como puede ser la “solidez”, definiendo asimismo el coste de la “no calidad” en vidas humanas y por último definiendo de forma categórica la responsabilidad.

Parece por lo tanto que la calidad como concepto ha preocupado siempre, aunque a lo largo de la historia se hayan ido incluyendo y excluyendo atributos o dimensiones que se han hecho explícitas de acuerdo a los intereses o a la realidad del momento

Como ejemplo de ello, una definición moderna de la calidad que considera distintos indicadores y que ilustra lo comentado anteriormente, es la adaptación de la definición de calidad del Instituto de Medicina de Estados Unidos, definiendo la calidad como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que

tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”. (Palmer)

Esta definición es especialmente interesante ya que, aunque fue enunciada para definir la calidad de los servicios sanitarios, es perfectamente extrapolable a los servicios en general, además podría ir creciendo si se le fueran añadiendo dimensiones que en ese momento fueran consideradas fundamentales.

El presente documento titulado “De la gestión de la calidad a la aplicabilidad de la calidad en la enseñanza” consta de cuatro artículos en los que se recogen ideas y experiencias que relacionan la gestión de la calidad con la enseñanza y la formación de profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito de la Defensa, la Universidad y la Salud.

El primero de ellos titulado “La calidad de los servicios. Análisis interno”, aporta desde la perspectiva del servicio prestado por los médicos, la visión del autor sobre la calidad de los servicios en general así como la calidad del servicio de la educación o formación en particular.

Incorpora en su análisis el concepto de “asimetría de la información” como uno de los problemas con el que se enfrenta la persona cuando debe elegir entre un servicio y otro o entre un producto el otro y no dispone de toda la información necesaria para realizar la mejor elección, condicionando así la calidad percibida y por tanto la satisfacción.

En el segundo artículo titulado “Gestión de la calidad en la enseñanza para la cobertura de necesidades inmediatas en el ámbito militar. Un caso concreto”, el autor describe la experiencia relacionada con el desarrollo de una serie de cursos diseñados para cubrir ciertas deficiencias, que en el análisis de las Redes Amenaza, fueron detectadas en la Misión de la OTAN en Afganistán.

En el tercer artículo, bajo el título “Ejemplo. Calidad en sanidad. Implantación y desarrollo de un plan de calidad”, su autora describe el proceso de implantación de un plan de calidad en un servicio asistencial de un hospital público, desde la alineación de los objetivos de la calidad del servicio en concreto con la política de la calidad del hospital, hasta los objetivos específicos planteados en las distintas áreas de interés.

En el cuarto artículo titulado “¿El cliente siempre tiene la razón? Análisis y perspectivas de los sistemas de garantía interna de calidad en la educación superior”, el autor identifica desde el punto de vista del aseguramiento de la calidad dos tensiones importantes en el ámbito de la educación superior que, de una forma u otra, se dejarán sentir y marcarán la configuración y desarrollo de las políticas universitarias sobre la calidad y también los sistemas de garantía interna de calidad (SGIC) en las instituciones de educación superior.

Por un lado, describe una tensión entre las nociones de excelencia y de equidad y por otro, entre las nociones de empleabilidad y educación liberal, tensiones que

resultan especialmente sensibles por la crisis económica y la necesaria competitividad, en el contexto de una “economía del conocimiento”, con otras áreas de educación superior como la anglosajona o la asiática.

En el último artículo se realizan una serie de “Consideraciones sobre la calidad y su gestión en las organizaciones” finalizando con unas conclusiones que esperamos sirvan, al menos, para generar en algún caso y mantener en otros esa inquietud creadora tan necesaria para seguir avanzando en el ámbito de la gestión de la calidad en la enseñanza.

CAPÍTULO PRIMERO

LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS. ANÁLISIS INTERNO

Juan Bestard Perelló

Licenciado en Derecho. Experto en Planificación, Dirección, Gestión y Derecho Sanitario.

Resumen

Este artículo dentro del contexto del Grupo de trabajo de la gestión de la calidad de la aplicabilidad de la calidad en la enseñanza del CESEDEN, aborda la cuestión desde una óptica epistemológica el término servicio para dar sentido al concepto evolucionado sobre el primero, calidad.

El artículo utiliza el servicio de los médicos como hilo conductor argumental para explicar la visión del autor tanto de la calidad de los servicios como la calidad de la educación o formación en particular.

Se pretende concluir que en los servicios con componente científico-técnico especial y en donde aparece asimetría de información se aconseja aplicar modelos de calidad basados en la normalización y en modelos de acreditación basados en la certificación externa de producto por sus propios profesionales. Los alumnos son clientes especiales que deben tener formación sobre las especificaciones del proceso de aprendizaje, concreto y adaptado para cada materia.

Palabras clave

Actividad, bien económico, calidad, calidad científico-técnica, *lex artis*, preferente, proveedor, servicio.

Abstract

This article is part of the working group “from quality management to the applicability of the quality of teaching” to CESEDEN. This approaches the subject from an epistemological term perspective of service to give meaning to the concept of quality evolved.

This article uses the service of doctors as argumentative way to explain the vision of the author about both, the quality of services and quality of education, in particular.

The author tries to conclude that when services have special technical scientific component and information asymmetry then it is advisable to apply quality models based on standardization and accreditation models with external product certification by experts in the field (accredited professionals). Students are customers who should receive special standardized training on learning adapted for each subject.

Keywords

Activity, education, economic good, lex artis, quality, preference, provider, scientific and technical quality, service.

I. CALIDAD. MEDICIÓN DE LA CALIDAD. MODELOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Distribución del artículo:

1. Calidad. Medición de la Calidad. Modelos de Gestión de la Calidad.
2. Naturaleza y características del servicio como bien económico.
3. La calidad científico-técnica y la otra calidad.
4. La calidad y la *lex artis*. Aplicación jurídica de la calidad.
5. La asimetría de la información y la calidad percibida.
6. Conclusiones de lo expuesto.

I.1. Concepto de Calidad

Calidad, de forma básica, es el conjunto de propiedades inherentes a un bien que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas, atendiendo a especificaciones previamente determinadas.¹ A su vez, con carácter genérico, es la percepción que el cliente tiene de un producto o servicio en base a las expectativas que tenía de este, que permite medir el grado de conformidad y su capacidad para satisfacer las necesidades de quién lo demandó.

Cuando se dice que un bien es de calidad, intuitivamente pensamos en el mejor bien, en el que tiene más prestaciones o en el más caro, y aunque puede ser correcta esta asociación, no siempre tiene por qué serlo; todos hemos comprado productos caros que no han dado el resultado buscado y por lo tanto para nosotros no eran “de calidad”. La calidad no busca lo mejor sino lo más óptimo para el cliente, en base a lo cual entendemos perfectamente el significado de ratio o índice precio/calidad.

¹ ISO 9000 es un conjunto de normas sobre calidad y gestión de calidad, establecidas por la Organización Internacional de Normalización (ISO). La Organización Internacional de Normalización o ISO, creada tras la Segunda Guerra Mundial, el 23 de febrero de 1947, es el organismo encargado del desarrollo de normas internacionales de productos y servicios para todas las ramas de la economía. Su función principal es la de buscar la estandarización de normas de bienes y seguridad a nivel internacional.

La calidad de un producto o de un servicio se define, también, como el grado de cumplimiento de sus especificaciones predeterminadas o, dicho de otra forma, el gradiente de desviación entre lo realizado y lo esperado, aunque también se puede considerar como el grado de satisfacción que un bien cumple en relación a las expectativas que busca el cliente. Los técnicos especialistas suelen caer en el extremo de asociar la calidad a lo más preciso o más robusto, mientras que en el otro extremo los comerciales son los más sensibilizados en que la calidad va directamente asociada a la satisfacción que produce en el cliente. Circunstancias, ambas, que tienen muchos matices.

En un entorno ideal, el cliente o receptor del resultado de una actividad debe expresar sus necesidades al proveedor y ayudarle a satisfacerlas. Asimismo, quien realiza el trabajo - proveedor - debe colaborar con el cliente en la definición de sus necesidades y procurar satisfacerlas. Para que esta cadena funcione es necesario una comunicación entre cliente/proveedor, en la que el cliente exponga claramente qué es lo que necesita, y el proveedor evalúe la satisfacción producida en el cliente. Entran en juego las necesidades, las expectativas y los resultados.

Para los gestores de la empresa, la calidad suele estar asociada a los Costes de la no-calidad; es decir, a los costes de no hacer las cosas bien y a la primera. Los costes de la no-calidad son un lastre que la empresa debe minimizar si quiere ganar la carrera que mantiene con su competencia para alcanzar su cuota de mercado. De estos costes, unos son fácilmente cuantificables y, por tanto, pueden ser conocidos, y otros (la mayoría), son difícilmente cuantificables, pero existen. Suelen representarse los Costes de no-calidad mediante un iceberg, en el que solo un 10% está por encima del nivel del mar (son visibles) y el 90% restante, está sumergido y no se ve, pero están ahí. Se estima que los Costes de no-calidad suponen entre un 14-20% de la facturación de la empresa.

Resumen: con carácter general podemos definir la calidad como el grado de satisfacción del cliente en base a especificaciones o expectativas, a un mínimo coste. La no-calidad puede llegar a suponer entre el 14-20% de la facturación de un empresa.

1.2. La gestión de la calidad

EL diccionario de la Real Academia Española define el concepto de calidad como: *”la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”*. Como dice Jaime Varo,²

² Jaime Varo. *Gestión Estratégica de la Calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Ed. Díaz de Santos. 1994.

esta definición muestra las dos características esenciales del término: de una parte, la subjetividad de su valoración, de otra, su relatividad.

El concepto de calidad ha evolucionado radicalmente en los últimos 100 años. En un principio se trataba de una labor de “Inspección” (1920):³ los productos sin defectos se aprobaban para la venta y los defectuosos se rechazaban. Luego se impulsó el “Control Estadístico de la Calidad” (1924):⁴ el mismo proceso de verificación pero practicado sobre muestras representativas de lotes de producción, no sobre todos y cada uno de los productos.

La siguiente etapa era la del “Aseguramiento de la Calidad” (1958): la calidad es cosa de toda empresa, de todos sus departamentos, de todo su personal, incluso de sus proveedores externos.⁵ Se aplica el concepto de la calidad en todas las etapas del ciclo del producto: diseño del producto, diseño de procesos, producción, venta y servicio postventa. En cada una de las etapas se aplicaron un conjunto de técnicas englobadas, muchas de ellas, bajo el nombre de ingeniería de la calidad⁶ que comenzando a mediados de los 50 se extiende hasta el momento actual gracias a la formalización de los estándares que deben cumplir un sistema de calidad, conforman el conjunto de normas ISO de la serie 9000.

Se establecen normas internacionales como marco generalmente aceptado para la garantía de la calidad. Básicamente hay dos modelos, el Modelo de Alfredo Acle Tomasini y el Modelo Russel.

Finalmente, llegamos a la situación actual, es la de “*Gestión de la Calidad*” en la que la calidad se considera parte integrante de la estrategia global de la empresa y se gestiona como componente estratégico. En el sector sanitario este hecho viene reforzado por la necesidad de sustituir la cultura del coste por la cultura de la calidad. Experiencias en gestión, en el entorno internacional, han demostrado que la introducción de “*técnicas*

3 Su primer y más importante exponente fue George De Forest Edwards (1890-1974). Primer Presidente de la Sociedad Americana para el Control de Calidad.

4 Walter Andrew Shewhart (1891-1967). Físico, ingeniero y estadístico estadounidense. Padre del control estadístico de la calidad.

5 La palabra “asegurar” implica afianzar algo, garantizar el cumplimiento de una obligación, transmitir confianza a alguien, afirmar, prometer, comprobar la certeza de algo, cerciorar; de acuerdo con esto, a través del aseguramiento, la organización intenta transmitir la confianza, afirma su compromiso con la calidad a fin de dar el respaldo necesario a sus productos y/o servicios.

La norma NMX-CC-001:1995 define al Aseguramiento de la Calidad como el “conjunto de actividades planeadas y sistemáticas implantadas dentro del sistema de calidad, y demostradas según se requiera para proporcionar confianza adecuada de que un elemento cumplirá los requisitos para la calidad”. Menciona además que el aseguramiento de la calidad interno proporciona confianza a la dirección de la empresa, y el externo, en situaciones contractuales, proporciona confianza al cliente.

6 Kalpakjian S., Schmid S. *Manufactura, ingeniería y tecnología*. Prince Hall. 4ª Ed. 2002.

de gestión basadas en costes” sin que estas estén íntimamente ligadas a la calidad,⁷ ha producido graves anomalías en el funcionamiento de las empresas. Así pues, como no puede ser de otra forma, es a través de la estandarización de las actividades cuando surgirá la posibilidad de acercarse a los costes óptimos de los procesos en función de unos criterios de calidad previamente establecidos.

La calidad es una más de las funciones de la empresa al igual que la función comercial, compras o de producción, entre otras. La gestión de la calidad ha estado asociada al control del producto, es decir, rechazos de clientes, no conformidades en fabricación, etc. , y a la gestión que es necesaria desarrollar para evitar que se produzcan o en caso de que se produzcan, para corregirlos como planes de inspección, acciones correctivas, etc.

La gestión de la calidad es el conjunto de las actividades, tanto de dirección como técnicas, necesarias para satisfacer las exigencias del cliente al mínimo costo.

La actividad de la calidad tiene dos vertientes: la gestión (dirección) y la de control (técnicos). En muchas empresas, la segunda está desarrollada e implantada, pero rara vez dirección asume la suya, por lo que la eficacia de los sistemas de calidad suele ser baja (y en este caso también su eficiencia). Las actividades de dirección son esenciales para definir claramente los objetivos del sistema de calidad, las estrategias, las responsabilidades, la organización, los medios necesarios, la planificación, etc.

Una buena dirección es la que asume la Calidad como una más de sus responsabilidades, y esto se concreta en definir el Sistema de Calidad a aplicar con los implicados, establecer objetivos de calidad para cada una de sus actividades y evaluar sistemáticamente su cumplimiento y eficacia.

El índice de defectuosos en taller es un objetivo de fabricación y de Calidad; es decir, cada uno debe ser responsable de lo que hace y todos tienen que tener objetivos coherentes que hagan avanzar a la empresa en la dirección deseada. A partir de las directrices marcadas claramente por Dirección, los técnicos pueden llevar adelante sus trabajos (especificaciones, pautas de inspección, reuniones de comités de fallos, controles y ensayos de productos, etc.) de una manera coherente con el resto de la organización.

Al referirnos a la Dirección, estábamos hablando del equipo directivo (no solo del director), todos y cada uno de sus miembros deben sentirse co-partícipes de las decisiones, de lo contrario, difícilmente las asumirán. Al hablar de la Dirección, estamos pensando en el primer nivel de gestión, pero podemos extrapolar lo comentado a cada unidad de funcionamiento en la empresa, en que el responsable de la misma es “el Director” y solo cuando él manifieste expresamente su compromiso con la calidad, defina el sistema de calidad a aplicar, exija su cumplimiento y evalúe su eficacia, su

7 Alberto Galgano. *Calidad Total*. Ed. Díaz de Santos. 1993. Madrid.

personal percibirá la importancia del mismo y colaborará a su correcta aplicación en el tiempo.

1.3. Los sistemas de calidad

Se entiende por sistema de calidad el conjunto de elementos esenciales (política, objetivos, organización, responsabilidades, procedimientos, medios técnicos, etc.) necesarios para llevar a cabo la gestión de calidad.

La exigencia mínima de un sistema de calidad es garantizar que el producto o servicio cumple con los requisitos del cliente o mercado y cuando hay grandes asimetrías de información, que cumpla también con estándares o especificaciones técnicas normalizadas por quien pueda establecer los criterios aplicables.

Se define el “Control de Calidad” como el conjunto de acciones programadas para verificar que el producto o servicio cumple con sus requisitos (especificaciones). Gráficamente el Control de Calidad es una criba que detiene el producto que no pasa los criterios (no cumple lo especificado) y deja que el producto conforme siga su flujo hasta el cliente.

Con ello se consigue que el cliente reciba productos o servicios buenos, bien hechos, aunque el coste de este proceso hace que la empresa pierda competitividad (coste de inspección, coste de material rechazado, etc.), en cuyo caso se debe comparar el coste de la no-calidad con el de los Controles de Calidad. Casi siempre la comparación cae del lado de aconsejar implantar Controles de Calidad en todas las cadenas de producción o cadena de servicios.

En un mercado muy competitivo donde la no-calidad conlleva bien rechazo del mercado o bien consecuencias graves y jurídicas, las organizaciones priorizan estos procesos. En un mercado competitivo en que el precio de venta lo pone el mercado, los costes de no-calidad deben minimizarse si se quiere sobrevivir y por tanto, es necesario establecer un sistema que prevenga su aparición y nos asegure la calidad del servicio.

Se define el Aseguramiento de Calidad como el conjunto de acciones planificadas y sistemáticas que son necesarias para proporcionar la confianza de que un determinado producto, servicio o instalación, satisfará las exigencias de calidad establecidas.

La idea básica es: *gastemos tiempo y dinero antes de comenzar a trabajar, para tener seguridad de que lo que hagamos estará correcto*. Esto nos permitirá reducir costos de inspección, detectar fallos antes de que se produzcan, etc.

No se trata solo de garantizar la calidad del producto que se envía al cliente, que es lo que pretende el Control de Calidad, sino de que todas y cada una de las actividades que conforman el ciclo productivo se realicen correctamente, como única forma de que los costes de no-calidad, que se detectan en producción y en el cliente, sean mínimos.

El conductor atento a la conducción tan solo en momentos de riesgo, cometerá los errores cuando relaje su atención, cuando mejoren las condiciones de su entorno. El conductor que siempre está atento con el mismo interés y que sigue los protocolos de seguridad en situaciones de riesgo y en situaciones sin él, no incrementará sus errores cuando mejoren las condiciones, aunque es posible que los disminuya cuando estas condiciones empeoren.

Es necesario que marketing, producción o compras no cometan errores en las fases previas a la producción, porque el resultado negativo afecta a toda la producción. El esquema de funcionamiento es sencillo, cada departamento negocia con Dirección cómo deben hacerse las cosas (y se documenta en procedimientos) y el Sistema de Calidad asegura que se hacen de la manera pre-establecida de forma continuada, siempre.

Un ejemplo muy conocido de ello es la auditoría contable. Su objetivo es comprobar que los asientos contables se han realizado de acuerdo con un procedimiento (Plan General Contable) previamente establecido para que Dirección pueda tomar decisiones en función de los resultados. No es objetivo de la auditoría el resultado contable en sí.

Esto mismo es aplicable al Sistema de Calidad, cuyo objetivo es asegurar que las cosas se hacen según se ha establecido (procedimientos) y para ello utiliza *la auditoría* como herramienta básica. No trata de controlar nada, ni a nadie, ni mucho menos enjuiciar los resultados.

Antes, la Dirección de la empresa solía controlar todas las funciones de la empresa, salvo producción, para lo cual desarrolló el Departamento de Calidad. Hoy en día, en que la gestión de las otras funciones es mucho más especializada y compleja, la Dirección no alcanza a controlarlas y utiliza el Sistema de Calidad como medio de conocer si las diferentes actividades se realizan de acuerdo con los procedimientos establecidos.

Gráficamente, la empresa es como un orquesta,⁸ de nada le sirve a su Director tener unos instrumentistas muy capaces, buenos especialistas, individualmente, si luego no tocan en perfecta armonía. La Dirección debe entregar a cada uno su partitura, procedimiento, y practicar sistemáticamente hasta que cada intérprete lo haga correctamente, solo entonces los resultados serán los esperados, es decir, que suene la música de la partitura.

8 Drucker P. The coming of the new organization. Harvar Business Review. January-february 1988.

1.4. Introducción a la Calidad Total

Los sistemas de aseguramiento, no han dado los resultados esperados. Sin sistema, difícilmente se podrá conseguir los objetivos marcados de satisfacción del cliente y mejorar la competitividad, pero será imposible si la aptitud y actitud de las personas no son adecuadas.

Los Recursos Humanos de la empresa ponen en funcionamiento los sistemas y si no están motivados (actitud) para ello, los sistemas fracasan. Además, su colaboración es imprescindible para la mejora continua. La actitud positiva de las personas depende en gran parte del comportamiento del mando, es decir, de su aptitud.

Mejorar la aptitud de las personas es como uno de los grandes retos de la empresa. Considerar los recursos humanos como uno de sus activos más preciados y gastar tiempo y dinero en mejorar su capacidad es ya un tópico totalmente instalado en nuestra cultura de gestión, nadie lo discute.

Desde hace ya años está prevaleciendo el concepto “*Calidad Total*” y que básicamente contempla un sistema de aseguramiento de calidad, extendido a todas las actividades de la empresa y realizado para personas motivadas a hacer las cosas bien y a la primera. Sin embargo, no para todos significa lo mismo. Solo los sistemas asumidos y actitudes positivas de las personas permiten conseguir objetivos importantes como son los que se debe plantear una empresa: ser líderes del mercado y crecimiento continuo.

Esta acepción de Calidad Total viene caracterizada por los siguientes conceptos en cada uno de estos estratos: Objetivo principal: impacto en los resultados; Visión: la calidad es un atributo relativo inherente a la actividad; Énfasis: en los procesos internos y en las necesidades del usuario;⁹ Método: determinación de estándares, fijación de objetivos, implicación de la organización en la revisión y análisis de desviaciones (entre el estándar y el resultado), análisis de relaciones funcionales, identificación de los clientes¹⁰ y proveedores internos, determinación de las carteras de servicios y/o productos internos; Papel de los profesionales de la calidad: desarrollo del método, impulso de la estandarización, formación, educación, apoyo al diseño de programas, seguimiento permanente y en tiempo “real”; El responsable de la consecución por la calidad: todos los miembros de la organización, con la dirección marcando un

9 “El concepto de cliente lleva aparejados el acto de pagar y la capacidad de elección. Un cliente es alguien que elige y compra algo. Por el contrario, el usuario es quien recibe el beneficio pretendido del producto, sea o no el comprador del mismo.” Jaime Varo. *Gestión Estratégica de la Calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Ed. Díaz de Santos. 1994. Madrid.

10 “Cliente es cualquier persona que recibe un producto o un servicio, o que es afectado por el producto o el proceso”. Juran J. M, Juran Y. *La planificación para la calidad*. Ed. Díaz de Santos. 1990 Madrid.

liderazgo activo; Orientación y enfoque: la calidad se gestiona mediante planificación, control y mejora de la calidad.¹¹

- Objetivo principal.
- Visión.
- Énfasis.
- Método
- Papel de los profesionales de la calidad.
- El responsable de la consecución por la calidad.
- Orientación y enfoque.
- Alcance. Los presupuestos de calidad.

En relación a la acepción de Calidad Total podemos añadir que alberga otros conceptos como: Alcance: los métodos de Calidad Total tienen efecto expansivo, afecta al usuario y al cliente y al proveedor, tanto internos como externos; Los presupuestos de calidad: la calidad no se debe presupuestar independientemente del presupuesto de actividad, el “*presupuesto de calidad*” no es el presupuesto de los departamentos de calidad, ni de actos puntuales para mejorar indicadores de vinculación estructural o meramente coyunturales. Los “*presupuestos de calidad*” se construyen en función de estándares, es decir, son la suma de todos los recursos imputados a la actividad estandarizada, o lo que es lo mismo, la suma del valor de la actividad medida en criterios de calidad.

Dentro de los modelos de calidad total se encuentra el *European Foundation for Quality Management* que nace en el año 1991 de la Fundación EFQM. En el año 1988 fue creada la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) siendo una organización sin ánimo de lucro formada por 14 organizaciones europeas: Bosch, BT, Bull, Ciba-Geigy, Dassault, Electrolux, Fiat, KLM, Nestlé, Olivetti, Philips, Renault, Sulzer y Volkswagen.

Los cambios del entorno competitivo generaron necesidades de información que facilitarían la toma de decisiones, evolucionando de una visión prácticamente centralizada en el bien económico a una visión en la que el punto de atención es el proceso. En la actualidad la similitud de sectores de servicios es absoluta, y la gestión se dirige hacia la cadena de valor, sin olvidar la satisfacción de los clientes tanto internos como externos.

¹¹ Juran J. M. Juran Y El liderazgo para la calidad. Ed. Díaz de Santos. 1990. Madrid.

Dentro de este entorno de gestión de calidad, se han hecho notar las carencias de los sistemas tradicionales de gestión, en especial por la separación artificial entre la calidad y los sistemas económicos. Por este motivo, en la actualidad han adquirido gran importancia los sistemas de gestión de la calidad sustentados en modelos metodológicos llamados “*Costes Basados en las Actividades*”.

Los sistemas tradicionales de gestión, en general y de costes, en particular, están sustentados por una visión del entorno del corto plazo que impiden la toma de decisiones estratégicas adecuadas. Organiza las instituciones por centros de responsabilidad como unidades de negocio estancos, de forma que la visión es más de operaciones que de procesos de negocio. Se gestiona de acuerdo con los síntomas y signos, sin tener en cuenta las verdaderas causas de los problemas.

Las decisiones que se toman, frente a problemas en la gestión, suelen tender a la reducción de costes/gastos perjudicando a la mano de obra. Estas clásicas actuaciones, que los norteamericanos denominan *downsizing*, han ocasionado que se creen círculos viciosos de ineficiencia. Evidentemente si además se toman decisiones del estilo: *presupuestos mucho más restrictivos, exigir recortes de costes en todas las actividades, congelar los gastos de los programas de formación, investigación, etc.*, a corto plazo el efecto podrá ser positivo, pero a medio y largo plazo la existencia de la organización está en peligro.

Con un sistema tradicional la información que se obtiene es muy exacta en el ámbito contable pero poco útil para la toma de decisiones, prácticamente se reduce a un control presupuestario a nivel de coste por naturaleza y con desglose por centro de coste. En un sistema ABC (*Activity Base Costing*),¹² para empezar, la información refleja:

- Qué actividades realizamos.
- Como queremos y debemos realizarlas.
- Qué recursos consumen.
- Cuál es la cadena de valor de cada una de las actividades.
- Qué recursos añaden valor a las actividades.
- Qué actividades añaden valor a los procesos.
- Qué decisiones se deben tomar para eliminar las actividades sin valor.

Con el sistema ABC se transforma el círculo vicioso en lo que podríamos llamar un círculo virtuoso.

¹² Chan, Yee-Ching Lilian. Improving hospital cost accounting with activity-based costing. *Health Care Management Review*; Winter 1993; 18, 1; 71-7.

Cuáles son, en principio, las características principales de este sistema de gestión de la calidad:

- Centra su atención en el exterior;
- Elabora una estrategia que impulsa la orientación hacia la mejora;
- Se centra en los resultados y efectividad de los procesos y las actividades;
- Planifica los recursos a partir de un análisis racional de las relaciones coste-valor de las actividades;
- Establece un conjunto relevante de mediciones del rendimiento;
- Favorece las comunicaciones, el trabajo en equipo y la participación.

Asimismo, nos permite la posibilidad de realizar simulaciones que faciliten la toma de decisiones ante cambios en la demanda, en la prevalencia de determinadas enfermedades, en las prestaciones de determinados instrumentos diagnósticos, etc.

Como se puede observar la gran diferencia consiste en el doble enfoque: por un lado la dimensión coste, apoya a las evaluaciones económicas de la estrategia y de las operaciones de la organización; por otro lado la dimensión proceso, contiene información sobre el trabajo que lleva a cabo la empresa, cómo está hecho y cómo analizarlo.

El análisis del proceso es la pieza clave en cualquier estrategia de mejora continua, con la evaluación pormenorizada y multidisciplinaria del proceso identificaremos los puntos débiles y sabremos qué hay que hacer para mejorarlos.

¿Qué entendemos por cadena valor? Este concepto fue introducido por M. Porter y nos define la “Cadena de Valor”¹³ para cualquier institución y en cualquier tipo de organización: *como el conjunto de actividades de creación de valor desde las fuentes de materias primas, para los suministradores de componentes, hasta el producto acabado o servicio que se entrega a los consumidores finales.*

La metodología de la *cadena de valor* implica las siguientes etapas:

1. Identificar la cadena de valor de la empresa y asignar recursos, ingresos y activos a las actividades de valor.
2. Determinar los generadores de la competitividad que regulan cada actividad de valor.
3. Desarrollar ventajas competitivas sostenibles, tanto para controlar los generadores de costes y de diferenciación como para reconfigurar la cadena de valor.

¹³ Porter M. *The Competitive Advantage of Nations*. Free Press, New York, 1990.

Partiendo de una Gestión Basada en Actividades se puede ampliar la cadena de valor desde el proveedor hasta el cliente, de forma que el entorno de gestión sea de Calidad Total; al estar la visión centralizada en el proceso, los proveedores trabajan bajo contratos de calidad concertada y la visión por proceso en un sistema de mejora continua evita los costes de la no calidad, que facilitan la cumplimentación del servicio que demanda el cliente.

De esta forma se puede analizar fácilmente como uno de los principales cambios en el entorno económico, como es el paso de demanda de productos a demanda de servicios, se puede gestionar con estas herramientas. En la actualidad los clientes no compran un coche, adquieren un servicio que incluye un vehículo con un diseño y un soporte post-venta que lo mantenga en servicio el mayor tiempo posible.

Es importante percibir las ventajas económicas que se derivan de la implantación del método de Calidad Total en una empresa puesto que aunque en principio tienen un coste, ponen en evidencia los costes aún mayores de la no calidad existentes en su empresa derivados de una inadecuada utilización de los recursos.

La Gestión de la Calidad Total engloba diferentes aspectos de la calidad del servicio prestado, siguiendo el esquema de Donabedian, dichos aspectos son:

- **Calidad Técnica** se refiere a lo que el cliente realmente está recibiendo, representa el punto de vista de los profesionales y se establece en base a evidencias científicas
- **Calidad Funcional** hace referencia al componente interpersonal del proceso asistencial, y por último
- **Calidad Corporativa** se refiere a la imagen que los clientes tienen de la organización proveedora, merced al trato recibido o a la información facilitada por otros pacientes o por los medios de comunicación.

Si tenemos en cuenta que la Gestión de la Calidad Total implica procurar satisfacer las necesidades de los clientes, aunque los diferentes aspectos interactúan entre sí, teniendo en cuenta que sus necesidades son cambiantes, explícitas en unos casos e implícitas en otros; y que lo que el cliente demandará depende del valor percibido en el producto o servicio con respecto a las expectativas que tenía. El lograr una mayor satisfacción del paciente podrá conseguirse bien mejorando el producto o servicio prestado o bien generando expectativas más realistas.

Todos los cambios en la Gestión de la Calidad descritos van acompañados de cambios en los sistemas de información que han evolucionado de ser económicos prácticamente al 100%, a incorporar indicadores de calidad, que en el caso de un hospital serían, entre otros muchos:

- Proceso: estancia media.

- Eficiencia: tasa de resonancias magnéticas en un determinado proceso.
- Resultado: prevalencia de infección nosocomial.
- Satisfacción del cliente.

Dichos indicadores resultan indispensables, incorporan la calidad a todas las fases del proceso e implican a todos los profesionales que intervienen en ellos, facilitando la toma de decisiones en tiempo real.

Es en este entorno donde aparece otro sistema de gestión innovador: *El cuadro de Mando Integral* (Balanced Business Scorecard). Este sistema lo han desarrollado Robert S. Kaplan y David P. Norton y se constituye para crear un nuevo marco o estructura donde integrar los indicadores derivados de la estrategia.

Aunque sigue reteniendo los indicadores financieros de la actuación pasada, el cuadro de Mando Integral introduce los inductores de la actuación financiera futura. Los inductores que incluyen los clientes, los procesos y las perspectivas de aprendizaje y crecimiento, derivan de una traducción explícita y rigurosa de la estrategia de la organización en objetivos e indicadores tangibles.

En síntesis el C.M.I. trata de captar las diferentes “visiones” que tienen de la empresa sus agentes, tanto internos como externos:

- Perspectivas financieras: ¿Cómo nos ven nuestros propietarios, accionistas?
- Aprendizaje de la organización: ¿Somos capaces de sostener la innovación, el cambio y la mejora continua?
- Procesos de negocio: ¿Qué procesos de negocio son lo que realmente generan valor?
- Perspectivas de los clientes: ¿Cómo nos ven nuestros clientes?

El sistema busca un equilibrio entre los diferentes indicadores, financieros y no financieros.

Además de los indicadores de calidad, se introducen otros indicadores como el establecimiento del Benchmarking como indicador estándar para la empresa: partiendo de los estándares internos de la propia empresa se constituye un proceso de Benchmarking que nos permite analizar los estándares externos de la empresa competidora, de forma que introduciendo mejoras en la calidad de la información se pueden ir mejorando los procesos empresariales, aunque, los indicadores del Benchmarking no pueden sustituir nunca a los indicadores de calidad de la organización, ni del bien económico en cuestión. Previamente a que en 1998 la Universidad de Harvard premiara la obra de Baker, en alguno países y en algunas organizaciones sanitarias, públicas o privadas, se puso en marcha este tipo de modelos basados en la cadena de valor añadido de cada uno de los componentes parciales de los servicios en su conjunto.

A partir de 1990, en algunos países se realizaron experiencias sobre lo que se denomina modelo Cost Volume Profit¹⁴ y más tarde se utilizaría el modelo *Activity Base Costing*¹⁵ en países como Holanda, Suecia, Alemania, Francia, EEUU o Nueva Zelanda, entre otros.

En España también hubo algún intento para la implantación de uno de estos modelos en esta década, tal fue el caso, por ejemplo, del Hospital de Barcelona en 1992, de la Fundación Hospital Verín en 1994, del Hospital Costa del Sol en 1995 y de la Fundación Hospital Alcorcón en 1997, entre otros.

Estos modelos originalmente diseñados para la contabilidad de costes acabaron por convertirse en herramientas de medición de la calidad¹⁶ que permitían conocer el valor interno de transferencia de cada uno de los servicios para poder imputar a cada cliente interno el coste de los servicios o productos que prescribía y a cada proveedor el valor de lo que hacía para la organización en la que prestaba sus servicios.

1.5. Auditorías de Sistemas de Calidad

Según la norma UNE-EN-ISO 9000 (UNE¹⁷ 66-900 publicada por AENOR en 1988) se entiende por Auditoría de Calidad: *el examen metódico e independiente que se realiza para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad, satisfacen las disposiciones previamente establecidas, para comprobar que éstas se llevan realmente a cabo y que son adecuadas para alcanzar los objetivos previstos.*

La auditoría de calidad se aplica, pero no se limita especialmente a un sistema de la calidad o a alguno de sus elementos, procesos, productos y servicios. Tales auditorías se denominan, habitualmente, auditorías del sistema de calidad, auditoría de la calidad del proceso, auditorías de la calidad del producto o auditorías de la calidad del servicio.

14 Younis MZI, Jaber S, Smith PC, Hartmann M, Bongyu M. The determinants of hospital cost: a cost-volume-profit analysis of health services in the occupied territories: Palestine. *Int J Pharm Pract.* 2010 Jun;18(3):167-73.

15 Mullahy, CM. *Essential readings in case management.* ISBN 0-8342-1139-4. An Aspen Publication Inc. 1998.

16 Baker, J. J. *Activity based costing and activity based management for health care.* ISBN 0-8342-1115-7. An Aspen Publication Inc. 1998.

17 UNE es el acrónimo de Una Norma Española: conjunto de normas tecnológicas creadas por los comités técnicos de normalización (CTN), de los que forman parte todas las entidades y agentes implicados e interesados en los trabajos del comité. Por regla general estos comités suelen estar formados por la ENAC, fabricantes, consumidores y usuarios, administración, laboratorios y centros de investigación. Existen ciertas lagunas en cuanto a la obligatoriedad de la observancia de las normas UNE.

La auditoría de la calidad se lleva a cabo por personas que no tienen una responsabilidad directa en los sectores que se desea auditar, trabajando preferentemente con la cooperación del personal de dichos sectores. No se debe confundir la auditoría con actividades de supervisión o de inspección; el objetivo de estas últimas es el control de un proceso o la aceptación de un producto.

1.6. Modulación de las auditorías externas de calidad

La expansión y naturaleza de la auditoría debe determinarse en función de los riesgos, costes y ventajas que presentan tanto para el suministrador como para el cliente, de acuerdo con lo indicado en las normas UNE-EN-ISO 9000. Cuando existen condiciones contractuales, la auditoría tiene que ceñirse a estos modelos aplicables.

Paralelamente a las indicaciones de las normas UNE-EN-ISO 9000, en lo que se refiere al aseguramiento de la calidad, la auditoría puede modularse de acuerdo con los siguientes modelos aplicables a:

1. Diseño/desarrollo, compras, producción, inspección, manutención, almacenamiento, envío, instalación y servicio postventa. (UNE-EN-ISO 9001)
2. Compras, producción, inspección, manutención, almacenamiento, embalaje, envía o instalación. (UNE-EN-ISO 9002)
3. Inspección y ensayos finales. (UNE-EN-ISO 9003)

La auditoría tendrá por objeto determinar la capacidad del suministrador para satisfacer los requisitos de una de las normas UNE-EN-ISO 9001, UNE-EN-ISO 9002 o UNE-EN-ISO 9003, así como cumplir, en su caso, los requisitos complementarios establecidos en el contrato.

No hay que olvidar, que aunque muchas veces puede elegirse uno de los tres modelos indicados, otras veces, determinados elementos del sistema de calidad no son aplicables o se precisa añadir algunos elementos específicos. No se puede, por consiguiente, dividir las auditorías a priori en tres niveles de acuerdo con los indicados. La amplitud de una auditoría es algo que debe determinarse y ajustarse a la medida de la necesidad que debe cubrir.

Por ello, cuando se plantea un sistema de auditorías debe prepararse un programa técnico o un plan de evaluación adaptado al sector o rama industrial de que se trate, ya que en cada caso, existirán necesidades y condicionantes económicos e incluso legales distintos.

En principio, el modelo 1 de auditoría incluye al 2 y al 3 y el modelo 2 incluye al 3. Esto no quiere decir que cuando se hace una auditoría siguiendo un modelo más restringido (por ejemplo el modelo 3) no existan en la empresa auditada los restantes

elementos del sistema de calidad. Lo que ocurre es que la índole del o de los productos que suministra, o los requisitos del contrato cliente/suministrador no requieren una mayor amplitud de la verificación. Se produce esto con una reducción de costes tanto a nivel del aseguramiento externo de la calidad como al de la auditoría, lo cual beneficia en parecida medida al suministrador y al cliente, sin menoscabo para la calidad requerida.

Selección del modelo aplicable:

- a) El modelo 3 se aplica cuando es suficiente el aseguramiento de la calidad del producto en base a la organización de las actividades de inspección y ensayos realizables en la etapa final de la evaluación del producto; es decir, cuando las posibles no conformidades pueden desvelarse en la fase del control final.
- b) El modelo 2 se aplica cuando no es posible aplicar el modelo 3 porque un control final no permite desvelar las no conformidades, o cuando el producto está completamente definido y el aseguramiento de la calidad no puede aplicarse de acuerdo con el modelo 3.
- c) El modelo 1 se aplica cuando el producto no está completamente definido, es decir, el aseguramiento de la calidad no puede aplicarse siguiendo el modelo 2.

No obstante, la auditoría puede realizarse sobre un modelo de aseguramiento de la calidad “a medida”, que no corresponda exactamente a ninguno de los expuestos o que sea una combinación de éstos.

Por otra parte, cuando una empresa quiere acometer un programa de mejora de la calidad, se le oferta la auditoría de todo su sistema de calidad, “Auditoría Integral de Calidad Total”.

1.7. Desarrollo de la auditoría (aspectos generales)

Una vez aceptada la auditoría, la entidad auditada designará un equipo, del que formará parte al menos un auditor jefe. Si es preciso, también formará parte un experto en el área o sector auditado. Excepto en casos complejos, el equipo está formado por dos personas.

La auditoría, de forma genérica y salvo casos particulares, comprenderá una etapa previa de preparación y cuatro fases principales:

- 1. Trabajos previos:** tienen por objeto definir el alcance de la auditoría y en particular, las actividades que van a ser adaptadas, las determinaciones de contrato, exigencias y documentos aplicables y los datos necesarios para la planificación de la auditoría. Por ello se requiere a la empresa para que rellene un primer

cuestionario al que deberá unir su Manual de Calidad, los procedimientos y los planes de calidad en vigor, así como cualquier otra documentación que, en principio, considere útil para esta primera etapa.

2. **Planificación:** se realiza por el jefe del equipo auditor y tiene por objeto conseguir una auditoría que proporcione una visión fiable del sistema de calidad de la empresa. La planificación facilita los trabajos de la auditoría al emplear de una manera óptima los recursos y evitar pérdidas de tiempo innecesarias.
3. **Desarrollo:** comienza con una reunión de iniciación y presentación de los distintos interlocutores que va a tener la auditoría, en la que se establece la confianza y voluntad de cooperación y se detalla el programa a seguir.

A partir de aquí, cada uno de los componentes del equipo auditor sigue una ruta diferente, acompañado siempre del responsable o persona designada de cada área visitada, de acuerdo con el programa establecido.

A veces, uno de los auditores se dedica a verificar el sistema de la calidad, la puesta al día, los controles, la formación, los registros, etc., y el otro, hace el recorrido total desde la entrada de los aprovisionamientos, producción, fases intermedias, etc., hasta el despacho de los productos. En cualquier caso, los auditores tienen que establecer una constatación objetiva y completa de la situación, examinando:

- a. El programa de aseguramiento de la calidad para comprobar que es completo y adecuado.
- b. Los procedimientos y las instrucciones, comprobando su conformidad y adaptación a los requisitos de la calidad establecidos.
- c. Las pruebas de que los procedimientos, instrucciones y otros documentos en vigor se aplican, realizando los sondeos y muestreos necesarios para ello.
- d. Las cualificaciones del personal, su formación y capacidad, cuando sea condición exigida.
- e. La comprobación de los resultados obtenidos con los requisitos especificados.
- f. Las disposiciones que se han tomado y los registros relativos a los procesos para asegurar la conformidad con las especificaciones cuando las características no son directamente controlables, etc.

Los auditores toman nota de las no conformidades, insuficiencias, desviaciones observadas y otras incidencias, referenciando exactamente la documentación o pruebas en que se apoyan. Con estos datos, realizan un informe provisional que se presenta en una reunión final con los responsables de la empresa, para ponerse de acuerdo sobre las constataciones a realizar, las acciones correctivas necesarias, las recomendaciones y el balance final de la situación de la empresa en materia de calidad.

1. **Acciones correctivas:** esta fase puede o no existir, dependiendo de la finalidad de la auditoría, en cuyo caso las acciones correctivas se tomarán por la empresa auditada con posterioridad al informe. Si la empresa lleva a cabo las acciones correctivas y, si es posible, las recomendaciones, podrá ser reflejada esta circunstancia en el informe de la auditoría, previa comunicación escrita de la empresa, aportación de pruebas o, incluso, una revisión de la auditoría inicial.
2. **Informe:** el informe final de la auditoría contiene las circunstancias de la misma, su alcance, las normas, procedimientos y documentos que han servido de base para hacer la evaluación, la composición del equipo auditor, las constataciones realizadas, tanto favorables como desfavorables, las acciones correctivas pertinentes (y, en su caso, si se han llevado a cabo antes de emitirse el informe final), las recomendaciones y cualquier otra observación que el equipo auditor juzgue necesaria para poder hacer una evaluación global del sistema de calidad auditado.

Un ejemplar del informe se destinará al cliente que ha solicitado la auditoría, otro a la empresa auditada y, al menos otro, debe quedar archivado en el expediente correspondiente de la empresa auditora. Todos los registros e informes, así como todas las actuaciones del personal de la empresa auditora están sujetos a la máxima confidencialidad.

1.8. Certificación

Se entiende por Certificación la acción de acreditar, por medio de un documento fiable, emitido por un organismo autorizado para hacerlo, que un determinado producto o servicio cumple con los requisitos o exigencias definidas por una norma o una especificación técnica.

Sistemas de Certificación

Hay diversos procedimientos de certificación por terceras partes (concepto que aparece en España por primera vez en el Real Decreto 1614, de 1985), entre ellos los más importantes son:

- a. **Ensayo de tipo:** consiste en ensayar un producto de acuerdo con un método de ensayo prescrito, con el fin de determinar su conformidad a una especificación técnica definida previamente en un documento.

Garantiza la capacidad del fabricante para diseñar y producir. No garantiza la continuidad de la fabricación con esas características, únicamente indica la conformidad de un artículo en un momento dado.

- b. Ensayo de tipo + muestra fábrica:** es un sistema basado en el ensayo de tipo, pero combinando con toma de muestras en fábrica para verificar si la producción continúa siendo conforme.
- c. Ensayo tipo + muestra fábrica + muestras comercio:** es una ampliación del sistema anterior, consiste en la verificación de muestras tomadas al azar de un distribuidor o de un detallista. Garantiza lo anterior y además, que el producto llega al comprador/usuario con las mismas características que al salir de la fábrica. Garantiza una correcta manipulación y transporte.
- d. Ensayo tipo+ muestra fábrica + muestra comercio + evaluación del sistema de calidad:** supone un salto cualitativo importante respecto a los anteriores, porque al evaluar el Sistema de Calidad, es decir, al determinar si los controles de calidad son realizados sistemáticamente, si los productos No-Conformes van a ser detectados y la causa del fallo aislada y eliminada, etc.. se asegura un factor importante: la uniformidad de las sucesivas fabricaciones. Garantiza la capacidad, la infraestructura y organización de la empresa para conseguirlo.
- e. Evaluación del Sistema de Calidad:** consiste en evaluar la organización, infraestructura, métodos, etc. de calidad y realizar un seguimiento periódico. Garantiza la aptitud del fabricante.
- f. Ensayos de lotes:** consiste en medir la conformidad de un lote o de una partida aplicando técnicas de muestreo estadísticas e identificar el riesgo que tiene el cliente de encontrar en él artículos no conformes. De esta forma, se asegura la calidad de unos lotes. Es un procedimiento muy utilizado en exportación.
- g. Inspección 100 %.** Es un sistema según el cual todos y cada uno de los artículos son sometidos a ensayo para verificar su conformidad. Teóricamente sería el más fiable, pero es muy caro y no operativo. Además muchos ensayos son destructivos del bien inspeccionado.

1.9. Tipos de Certificación

I. Certificación de productos

La marca de calidad “N” indica conformidad a normas UNE de producto y de Sistema de Calidad. Indica aptitud para la función y seguridad.

La marca de seguridad “S” indica conformidad con características de seguridad especificadas en normas UNE, o con documentos de armonización que definen las características mínimas esenciales de seguridad en desarrollo de las Directivas Comunitarias.

El certificado de conformidad : indica conformidad a determinadas especificaciones técnicas : contenidas en reglamentos de la Administración, Directivas Comunitarias, Convenios Internacionales; o realizadas en desarrollo de una Directiva Comunitaria; por exigidas a exportadores para introducir sus productos en determinados mercados; o realizadas por fabricantes cuando el producto es único; o exigidas contractualmente; etc.

II. Certificación de Empresa

Registro de empresa: indica conformidad del sistema de aseguramiento de la calidad de una empresa a los requisitos contenidos en una de las normas UNE-EN-ISO 9001, UNE-EN-ISO 9002 o UNE-EN-ISO 9003.

El Registro de Empresa no constituye una certificación de productos, procesos o servicios, es una marca de empresa.

2. NATURALEZA Y CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO COMO BIEN ECONÓMICO

2.2. Los servicios como bienes económicos

El proceso asistencial y el proceso docente son bienes económicos intangibles dentro de los denominados servicios, que se nutren de actividades, tareas, productos y de otros servicios. El concepto de servicio parte de la teoría del bien económico y este a su vez tiene dos vertientes en base a su disponibilidad, una, la que viene a entenderse como bienes económicos –son limitados- y, la otra, la que los clasifica como bienes libres –están al alcance de todos-. El hombre produce solo uno de los dos tipos de bienes, así pues en los bienes libres el hombre no interviene en cambio produce o crea los bienes económicos que a su vez pueden ser de dos tipos, productos y servicios.

Los bienes y servicios se distribuyen entre las personas y los grupos que forman una sociedad, y se destinan al consumo o la producción de nuevos bienes. Los servicios son, a su vez, un conjunto de tareas que se prestan a personas o grupos pero que no producen artículos materiales, por ejemplo, el comercio o la sanidad. Así pues, los bienes materiales -producto- y los bienes inmateriales -servicios- son factores externos que satisfacen las necesidades humanas.

Los bienes económicos tienen que ser necesariamente útiles, además no se hallan disponibles de forma libre en la naturaleza, es decir, hay que transformarlos, y son siempre bienes escasos. Estos se pueden comportar en el mercado como bienes normales o como bienes inferiores en base a que la demanda del producto se modifique con la renta del consumidor, lo que conduce a la elasticidad de los productos y servicios en el mercado.

Un bien privado presenta las características de *rivalidad* y *excluidibilidad*, no influyendo quien es el titular del mismo. La asignación de los recursos escasos es adoptada de acuerdo a dos criterios distintos, los mercados o sistemas de precios asignan bienes privados, y la autoridad de lo público asigna bienes públicos. El bien económico intangible se entiende como público cuando el servicio es prestado a los miembros de una sociedad de forma regular y constantemente, por una organización de titularidad Administrativa, bajo su régimen jurídico especial¹⁸ y dirigido a beneficiar a los individuos singularmente considerados, *uti singuli*, y no a la colectividad en

¹⁸ Garrido Falla, F. Concepto de Servicio Público en Derecho Español. Revista de administración pública, ISSN 0034-7639, N° 135, 1994.

su conjunto *uti universo*, en cuyo caso hablaríamos de actividad pública, como, por ejemplo, el mantenimiento de un ejército, el sistema judicial, la recaudación de tributos entre otros muchos que se incluyen dentro de las funciones públicas. Otra característica de la teoría estricta de *servicio público* es la titularidad de esa actividad, aunque no de su gestión, la cual ha de haber sido asumida explícitamente por lo público o incluso por la Administración Pública, dando origen a reserva del poder público o *publicatio*, que en derecho de Estado, en España concretamente por imperativo constitucional,¹⁹ requiere del instrumento de la ley en sentido formal para asignación de esta titularidad. Por tanto, el requisito del *servicio público* no es tan solo que por ley haya sido atribuida su acción a lo público sino que también lo haya sido su titularidad. Esta titularidad sería la que también podría dar explicación desde el positivismo jurídico al régimen de la responsabilidad patrimonial de los poderes públicos.

La *rivalidad*²⁰ es una propiedad del consumo de un bien, se define cuando el consumo de un bien por parte de un individuo impide o disminuye la posibilidad de uso de dicho bien por otro individuo. En bienes consumibles, la rivalidad es un fenómeno claro y se manifiesta con rotundidad. La asignación de bienes es el mecanismo mediante el cual un individuo accede a uno de ellos, así pues, los bienes o servicios con rivalidad pueden ser asignados en base a criterios de precio o a otros criterios de acceso que dirimen quién accede al mismo, por ejemplo, en la sanidad la asignación se basa a criterios de necesidad. El establecimiento de un precio provoca que la asignación del consumo de las unidades del bien privado se haga al individuo que mayor valor dé al bien en cuestión. Aun así, un bien será considerado como bien privado cuando se comporte con rivalidad, pero además cuando lo haga con *excluibilidad*.

La excluibilidad²¹ es la capacidad evitar o impedir del consumo de un bien a una o varias personas de acuerdo a algún criterio. Hay que distinguir dos formas de exclusividad, la impuesta por uno mismo y la impuesta por el derecho.

En resumen, los bienes o servicios privados están sometidos a rivalidad y exclusividad. Los bienes o servicios públicos no presentan rivalidad en su consumo y ni la posibilidad de exclusión en el acceso y consumo de los mismos.

A esta distinción hay que añadir la *teoría de las externalidades*.²² Esta teoría determina la influencia de decisiones económicas que afectan a terceros que no participan directamente en esas transacciones, cuando estas son positivas, por ejemplo los efectos

19 Artículo 128 de la Constitución Española de 1978.

20 Samuelson, P A. The Pure Theory of Public Expenditure. The Review of Economics and Statistics, Vol. 36, No. 4. Nov. 1954.

21 Musgrave, R A. The Theory of Public Finance.- New York, McGraw-Hill. 1959.

22 Arthur Cecil Pigou (1877-1959). Inglés. Conocido por sus estudios en: Teoría de las Externalidades, Economía del bienestar, Ciclos económicos, Impuestos y el Desempleo.

de una campaña de vacunación de la gripe que además de beneficiar al vacunado beneficia a toda la sociedad al bajar exponencialmente el riesgo de contagio por romper las cadenas epidemiológicas de la transmisión de la enfermedad. Son ejemplos de estos bienes públicos los servicios de ley y orden tales como servicios judiciales, policía, seguridad, instituciones penitenciarias, entre otras, y la defensa nacional o los servicios exteriores tales como embajadas, consulados y otras instituciones de relación internacional. A estos bienes públicos puros o polares hay que añadir los bienes públicos mixtos en los que los principios de no rivalidad y no exclusión son de aparición o efecto parcial.

La realidad es variada y su percepción poliédrica. Hay bienes que está sometidos a rivalidad pero no a exclusividad y hay bienes que no están sometidos a rivalidad pero sí a exclusividad. Por tanto, tenemos bienes públicos no sometidos a rivalidad ni exclusividad o bienes públicos puros, bienes privados sometidos a rivalidad y exclusividad o bienes privados puros, bienes sin rivalidad pero con exclusividad o bienes “con peaje” y, finalmente, bienes con rivalidad y no exclusividad o bienes comunes. Además, en base a las doctrinas hacendísticas, la aplicación de la teoría de externalidades nos da: los *bienes preferentes* y los *bienes prohibidos*. Lo esencial es saber qué motivos puede tener lo público para saber mejor que el individuo cuál es la forma mejor de cuidar sus intereses. En cuanto a la teoría hacendística de los bienes prohibidos, es necesario referirse a la teoría del *Moral hazard*, reformada tras la crisis económica mundial iniciada en 2007,^{23,24} es decir, teoría que estima que los individuos asumen mayores riesgos cuando las consecuencias de sus actos no son asumidas por ellos, sino por un tercero, es decir, cuando son otras personas las que soportan las consecuencias de los riesgos asumidos.²⁵

Para la teoría de los *bienes preferentes*, según algunos autores,²⁶ estos satisfacen necesidades individuales y son apropiables, pero también afectan la satisfacción de las necesidades generales de la sociedad. Para otros autores como R. Musgrave,²⁷ *bienes preferentes* son aquellos bienes que tienen determinadas características que hacen que la asignación de los mismos por el mercado de lugar a un volumen de provisión no óptimo. Los *bienes preferentes*, en resumen, que no son bienes públicos son aquellos bienes privados que generan externalidades positivas -beneficios para la sociedad-, que el mercado no los provee en cantidades óptimas y que presentan problemas de

23 Krugman, P. *The Return of Depression Economics and the Crisis of 2008*. W. W. Norton Company Limited. ISBN 978-0-393-07101-6. 2009.

24 Paul Robin Krugman (nacido en 1953). Norteamericano. Fue Premio Nobel de Economía en 2008, por sus contribuciones a la *New Trade Theory* y a la *New Economic Geography*.

25 Smith A. *La Riqueza de las Naciones*. Madrid, Alianza Editorial, 1994.

26 Rosen, H. S. *Manual de Hacienda Pública*. McGraw Hill. 2007.

27 *Teórico de la Economía de la hacienda pública*, 1958.

información entre proveedores y consumidores *-information asymmetry-*,²⁸ a lo que se suma que se presentan como elementos redistributivos de la renta y que finalmente contribuyen a garantizar un nivel de vida digno.

Resumen: analizar la esencia de una actividad deberá permitir catalogarla como servicio o como mera actividad cuando se trata de la Administración Pública. A su vez, los servicios deberán catalogarse como bien privado, como bien público, como bien preferente o como bien prohibido. En cada uno de ellos los componentes de oferta y demanda y su comportamiento, son distintos y la naturaleza de las relaciones entre cliente y proveedor también son distintas entre un tipo de servicio y otro.

2.2. Composición y elementos. Análisis interno del servicio

Volviendo al inicio del capítulo 2, un servicio es un bien económico, privado, público o preferente como conjunto de actividades o tareas o técnicas que se configuran como tal cuando estas actividades ordenadas tienen como objeto responder a las necesidades de las personas en condiciones éticas. Es el equivalente no material de un bien, es su expresión intangible, diferenciándose “servicio” de “producto” en que el primero se consume en el momento de prestarlo o proveerlo, mientras que el producto es algo tangible que se incorpora al patrimonio de quien lo posee, con excepción de los servicios soportados documentalmente, en este caso el bien económico intangible tendrá un reflejo permanente que recuerda el servicio prestado.

Los servicios como actividades económicas tienen unas características distintas de los productos, estos signos distintivos son tradicionalmente los cinco que recogen su intangibilidad *-intangibility-*, heterogeneidad o variabilidad *-inconsistency-*, inseparabilidad *-inseparability-*, imperdurabilidad *-perishability-* y participación *-involvement-* a las cuales les añado la *res nullius*, ausencia de propiedad, por entender que está inherentemente y esencialmente vinculada a su intangibilidad.

La característica más típica de los servicios es su inmaterialidad o intangibilidad pues estos no tienen forma visible, ni pueden probarse, sentirse, oírse ni olerse antes de su adquisición. Otra característica a reseñar es que dos servicios similares nunca serán idénticos o iguales, es decir, son variables.

Sin embargo, la inmaterialidad del servicio no implica la falta de concreción de los criterios que determinan el bien económico que se provee, todo lo contrario. Los servicios al basarse en tareas, acciones o técnicas encadenadas unas con otras, acuden

²⁸ For laying the foundations for the theory of markets with asymmetric information, Teoría sobre la Información Asimétrica de los mercados, le valió a Joseph Eugene Stiglitz (nacido en 1943 en EEUU) compartir el Premio Nobel de Economía en 2001 con George A. Akerlof y Michael Spence.

a criterios previamente determinados, a estándares o a protocolos. El Artículo 2.6 de la ley²⁹ 41/2002, se refiere concretamente a las técnicas y a otras tareas del médico, además de a otras acciones como la de informar y documentar, cuando nos dice: “*Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente*”. En definitiva, el contenido del servicio médico lo determina el Artículo 2.6 de la Ley 41/2002 de tal forma que: *las normas de corrección técnica de la actividad sanitaria no agotarían, de acuerdo con la interpretación propuesta del nuevo texto legal, el contenido de las obligaciones del sanitario. El deber de proporcionar información y de obtener el consentimiento formarían parte del contenido del contrato de asistencia sanitaria, pero no de la denominada «lex artis [ad hoc]». Por eso, el artículo 11.3 desvincula al profesional sanitario de las instrucciones previas que sean contrarias a ella.*³⁰ En definitiva, el bien económico intangible que representa un servicio tendrá como resultado dos cosas, por una parte, la percepción de quien ha recibido el servicio y por otra parte, las características técnicas y otras tareas y procesos que han configurado dicho servicio.

Como ejemplo podemos poner el servicio de restauración, es decir, los servicios de un restaurante. Este servicio se compone de la conjunción de materias primas, consumibles, elaboración y semi-elaboración previa, tareas, tiempos, procesos y presentación del producto, todo ello con un entorno físico y con conductas, actitudes y estilos de las personas que atienden directamente al cliente. Es decir, la interrelación del proveedor, el producto y el cliente genera el concepto de servicio, que conlleva nivel de satisfacción y prestación técnica, constatando que el todo es mayor que la suma de las partes, tal como afirma la Psicología de la Gestalt.³¹

Cuantificar, analizar y medir el servicio y la calidad del mismo, no es tarea fácil si bien es cierto que para cuantificar un servicio debemos conocer el contenido del mismo, sus características y el tipo de relación entre cliente y proveedor, dado que sin cliente o sin proveedor, no hay servicio, no hay actividad, no hay bien económico. De tal forma podremos convenir que medir un servicio o medir su calidad no se puede

29 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

30 Responsabilidad Civil de los profesionales sanitarios. Lex Artis. Criterios jurisprudenciales. Jesús Fernández Entralgo. Magistrado. Presidente de la Sección 17.ª de la Audiencia Provincial de Madrid. Derecho Civil en Revista Jurídica de Castilla y León. Nº 3. Mayo 2004.

31 La Psicología de la Gestalt es una corriente de la psicología de principios del siglo XX nacida en Alemania. Sus teóricos más reconocidos han sido los teóricos Max Wertheimer, Wolfgang Köhler, Kurt Koffka y Kurt Lewin. El término Gestalt proviene del alemán, introducido por Christian von Ehrenfels. No tiene una traducción fácil, pero se entiende como *forma, figura, configuración, estructura o creación*. (Brigas Hidalgo, Aleida. Psicología. Una ciencia con sentido humano. Edí. Esfinge. México, 2012).

hacer de una forma genérica sino que cada servicio tendrá que acudir a un tipo de medida que permita medir sus componentes.

Resumen: un servicio es un bien que se compone de un proveedor, un cliente o receptor, de las tareas, técnicas, procesos o productos que el proveedor realiza a petición de quien lo demanda, de tiempo, de una relación entre uno y otro que atiende al origen y al vínculo entre ambos.

2.3. Determinación de los componentes subjetivos de un servicio

Servicio es sinónimo de actividad. El servicio es posible siempre y cuando haya dos componentes subjetivos, por una parte, quien lo produce, que puede ser el mismo que la ofrece y, por otra parte, quien recibe los resultados de la actividad, quien lo percibe, que puede ser el mismo que lo demanda.

Entre proveedor y cliente se pueden dar varios tipos de relaciones nacidas de la existencia o no de voluntad propia. En el contexto de esa relación no es lo mismo si ha habido manifestación de la voluntad del cliente en percibir el servicio, simple o compuesto con productos, o si la oferta del servicio la ha hecho quien lo provee o la han realizado terceras personas distintas de las que lo proveen. Es evidente que tampoco es lo mismo la relación entre una persona que acude a la consulta privada de un médico, que la relación de una persona que acude a un hospital y es atendido por un médico contratado por el hospital. De igual forma no es igual la situación de quien recibe formación de un profesor elegido y contratado por el alumno, que la situación de quien la recibe dentro de una organización que contrata y asigna profesores independientemente de la elección del alumno.

De toda relación jurídico-privada entre personas surgen derechos y obligaciones para las partes, que varían dependiendo de la naturaleza jurídica de dicha relación. La relación puede ser contractual, en el caso de que la relación médico y paciente nazca de su voluntad de relación, paciente que acude a consulta privada de un médico. La relación puede ser extracontractual cuando entre paciente y médico media una empresa privada o la Administración Pública. Existe la figura de la relación cuasi-contractual, en el caso de que el paciente es atendido de urgencias sin mediar su voluntad.

Ciñéndonos al carácter jurídico-privado de la relación entre el médico y el paciente, su naturaleza es diferente dependiendo de si estamos en presencia de una intervención propia de la medicina curativa o, por el contrario, se sitúa en el ámbito de la medicina satisfactoria o de resultado, por ejemplo la cirugía estética.

Hoy día, la teoría más aceptada es la de arrendamiento de servicios, en la que la obligación primordial que asume el médico, es una obligación de medios y no de resultados, es decir, que el médico se obliga a prestar al paciente sus cuidados, pero no

a obtener la curación, mientras que la retribución del facultativo será proporcional no a los resultados, sino al tiempo dedicado, al trabajo desarrollado y a la dificultad de la intervención.³² La tesis mantenida por el Tribunal Supremo en su amplia Jurisprudencia al respecto, determina que la modalidad más cercana a la realidad es la que califica la relación contractual como un arrendamiento de servicios, si bien con la matización de que en ocasiones puede convertirse en un contrato de obra cuando la intervención profesional del médico persigue un fin concreto que no se orienta estrictamente a procurar la curación del enfermo.

En el supuesto del servicio de formación, educación o instrucción también es básico entender la voluntad de las partes en la creación de la relación, aunque hay discrepancia en la doctrina y en la jurisprudencia. Con carácter general, deberemos diferenciar cuando se trata de un menor o de un mayor de edad. La relación entre el profesor de una entidad pública y privada y el alumno es en general y salvo casos particulares, extracontractual. El que provee el servicio formativo es el profesor y el que percibe el servicio es el alumno.

Así pues, dentro del binomio del servicio no siempre el que recibe la prestación ha tomado la decisión de recibirla, ni será el usuario directo de la misma. Este caso es muy frecuente en la sanidad, cuando un facultativo prescribe una prueba diagnóstica, aparecen dos clientes, el paciente como sujeto activo del servicio y el médico prescriptor como usuario directo del mismo, que además éste último será quien perciba la calidad del mismo y como veremos será una de las definiciones que reciba la calidad (atributo intrínseco del producto que va asociado a la satisfacción que produce en quien lo utiliza). En estos supuestos además de aparecer dos clientes, habrá dos calidades, la técnica y la percibida. En el área de formación tan solo hay un proveedor y un cliente o perceptor, que será el que podrá valorar la calidad del servicio que le han prestado.

Resumen: es relevante conocer los elementos que componen un servicio, el que lo presta y/o ofrece, llamado proveedor, el que lo percibe o utiliza, llamado cliente. En el sector de la sanidad, puede además haber dos tipos de cliente, el sujeto activo y el usuario directo, la persona sobre la que se realizan las técnicas y la persona que utiliza el resultado de las mismas, además este último será quien podrá percibir la calidad técnica del mismo.

³² De Lorenzo y Montoro, R., 1998, La relación médico-paciente, en Aspectos médico-legales en Ginecología y Obstetricia.

2.4. El servicio prestado por el médico y el servicio prestado por un educador

Para adentrarnos en la naturaleza y composición del servicio que presta un médico en primer lugar nos adentraremos en la descripción de algunos aspectos que lo hacen singular y lo diferencian de otros. La singularidad del servicio prestado en un centro asistencial viene determinada por:

1. La cultura idiosincrásica del sector sanitario, con influencias globalizadas de carácter horizontal.
2. El gran peso de la actividad formativa y docente y la gran influencia de la actividad investigadora.
3. La esencia del acto clínico/asistencial.
4. La naturaleza del propio proceso asistencial.
5. La relación singular que se establece entre médico/paciente .
6. La inmediatez del servicio.
7. La cercanía entre cliente / proveedor.
8. El carácter de no-sustituibilidad del producto.
9. La responsabilidad del acto médico y las consecuencias del error en cualquier tarea sanitaria.
10. La gran dependencia de:
 - a) La industria farmacéutica.
 - b) La empresas tecnológicas sanitarias.
 - c) Las empresas de alta tecnología.

Las organizaciones sanitarias han mostrado siempre características distintas y diferenciales, ya sea las comentadas en cuanto a la singularidad del proceso o ya sea por la tipología de su identidad jurídica y patrimonial. Las organizaciones sanitarias, sus formas y tipos se han relacionado de una manera muy estrecha con los modelos políticos dominantes en cada uno de los países. Los modelos a los que nos referimos los podemos incluir, con muchos matices, desde luego, en dos (2) grandes tendencias:

- a) Los modelos que entienden que la protección de la salud es un derecho del ciudadano. (Prácticamente todos los países miembros de la Unión Europea)
- b) Los modelos que entienden que la protección de la salud es un deber del ciudadano. (La mayoría de los países anglosajones no pertenecientes a la Unión Europea)

A estos modelos debemos introducir la influencia de dos (2) grandes tendencias de las doctrinas de Estado / Administración Públicas de las naciones:

- a) Países en donde la Administración Pública tiende a intervenir en todos los ámbitos de la actividad económica pública y privada. En estos países se suele confundir habitualmente régimen Administrativo con régimen público. En estos países se entiende o vincula muy estrechamente Estado o Estatal con Administración Pública. (Fuerte influencia Keynesiana) (Ejemplo de ellos es Reino Unido y España)
- b) Países en donde la Administración Pública interviene solo en el ámbito de la Administración Pública y regula la actividad económica pública y privada sin intervenir en ellas. En estos países el régimen Administrativo está nítidamente separado y diferenciado del régimen público. En estos países el Estado y la Administración Pública están diferenciados. (Fuerte influencia Bismarkiana) (Ejemplo de ello es Alemania y Francia)

A estos modelos y a estas tendencias se les debe añadir dos grandes visiones de comportamiento político adoptado por las sociedades:

- a) Sociedades en las que prevalece como primer principio la justicia frente a cualquier otro principio social.
- b) Sociedades en las que prevalece como primer principio la igualdad frente a cualquier otro principio social.

Así pues, volviendo sobre nuestros pasos, decíamos que las organizaciones sanitarias, sus formas y tipos se han relacionado de una forma muy estrecha con los modelos políticos dominantes en cada uno de los países, en consecuencia son estas influencias, sus singularidades, características y hechos diferenciales y las propias dinámicas económicas financieras de cualquier organización provisor de servicios, las que han hecho de los hospitales y centros sanitarios en general centros de difícil control presupuestario, por no decir de muy difícil control financiero-presupuestario.

Doblemente compleja es esta situación cuando estas son entidades públicas o intervenidas directamente por la Administración Pública, o dicho en otras palabras, doblemente difícil es el control del gasto en los centros sanitarios cuando los mecanismos habituales, en las organizaciones con ánimo de lucro o el simple riesgo de la propiedad, han sido sustituidos por entidades Administrativas Públicas. Teniendo en cuenta, por otra parte, que dichas entidades públicas tienen como fin la equidad en el reparto y la vigilancia de las garantías públicas de publicidad y libre concurrencia, sobre cualquier otro fin u objetivo, muchas veces incompatibles con otros.

Sin embargo, la naturaleza del acto médico no está directamente influida por estas consideraciones aunque si modulan la naturaleza de la relación médico paciente.

Como decíamos antes, un servicio se compone de cómo mínimo dos actores, el que lo da y el que lo recibe y en consecuencia esta relación determinará el mecanismo de formación del nivel de satisfacción de quien lo percibe y las relaciones jurídicas entre cliente y proveedor. Todos sabemos que en España y otros países de la Unión, una reclamación por un servicio prestado por un médico contratado por la Administración Pública es muy distinta de la reclamación que se podría interponer contra un servicio prestado por un médico con ejercicio libre de su profesión, bien autónomo o bien trabajando para un tercero privado.

Así pues, el acto médico como servicio se caracteriza, además de lo ya comentado, por estar compuesto de muchas tareas concatenadas basadas todas ellas o casi todas ellas en criterios técnico-científicos que permiten conocer la causa que ha llevado al cliente a requerir el servicio, es decir, es una cadena de tareas encaminadas a saber algo que antes no se sabía, un diagnóstico. Una vez establecido el diagnóstico, el médico busca dentro de los criterios científicos-médicos a su alcance cual es la mejor solución para revertir o eliminar la causa que motivó el acceso al servicio, este proceso está compuesto de tareas intrínsecas que conllevan que el médico se decida por un producto o por otro servicio y en cambio no por otros, entendiendo que no dar tratamiento también es una elección. Finalmente, el médico sigue la evolución del paciente en base a criterios previamente conocidos para conocer la evolución y el resultado de las tareas previas, lo cual dará otro proceso repleto de otras tareas, bien dar de alta al paciente o dar por resuelto el servicio o iniciar de nuevo el proceso de observación y toma de decisiones.

En pocas palabras, el médico presta un servicio que consiste en tareas de observación a las que se les aplica criterios científicos técnicos necesarios y únicos, que aunque puedan ser varios son siempre de número limitado, a lo que se le añade la aplicación de otros criterios científico-técnicos para la solución de lo observado en base también a estándares o criterios predefinidos de lo que se puede o no hacer. A todo esto, el médico va adquiriendo otros conocimientos o variaciones sobre los criterios científicos técnicos que utilizará para la ponderación de la aplicación de los estándares establecidos para el proceso diagnóstico o para el proceso terapéutico. Si estos conocimientos varían sustancialmente el criterio científico técnico inicial el médico suele publicarlo en medios de comunicación especializada tanto para su crítica como para que otros puedan utilizarlo.

En resumen, el acto médico a través de la utilización de medios persigue resultados, resultados que no siempre podrán ser los esperados, es decir, son resultados inciertos, y que esta prestación de servicios implica la concatenación de múltiples tareas de observación, comparación, elección, aplicación, análisis de resultados y revisión del proceso, si hiciera falta.

Medir la calidad del servicio que presta un médico se puede hacer en base a los medios que ha utilizado en la observación, en base a los criterios de comparación que ha hecho servir, en base al proceso de elección de los criterios científico-técnicos para la aplicación de la solución propuesta, en base a la idoneidad de dichas aplicaciones,

en base a la similitud de los productos y servicios que ha hecho servir con los criterios científico técnicos establecidos a tales efectos, y a su vez cuando la solución al problema detectado es otro servicio, como puede ser una intervención quirúrgica, este servicio a su vez se compone de otras muchas tareas a las que se les deben aplicar criterios científico-técnicos muy concretos.

Medir la calidad de un servicio o un producto no es lo mismo que medir la calidad de los procesos administrativos que rodean a la organización que hace posible la prestación de dicho servicio. Ambas calidades son complementarias, un buen acto médico en una mala organización puede verse abocado al fracaso por circunstancias externas al servicio profesional, pero también una organización sujeta a modelo de calidad riguroso nada tiene que hacer si el servicio propiamente dicho prestado por el profesional no se ajusta a criterios científico técnicos.

Esta concordancia entre la implantación de modelos de calidad basados en procesos y procedimientos organizacionales y los modelos de calidad de productos y servicios no pueden ir desconectados, ni uno sustituir a otro. Un ejemplo claro es la fabricación de un coche, de nada sirve tener aplicado un modelo de la gestión de la calidad en la toma de decisiones si las piezas del motor tiene defectos en su aleación.

Si bien los modelos de calidad en una organización dedicada a la educación y de una organización dedicada a la salud pueden ser el mismo, los modelos de calidad técnica no se parecen en nada.

El servicio de quien enseña o de quien forma se compone de dos elementos, el elemento de transmisión de información mediante la acción formativa o de enseñar llevada a cabo por el profesor o docente y, por otra parte, el proceso de captación de la información mediante la acción de aprender, que corresponde al alumno. Es decir, si bien los servicios se componen de dos elementos, el cliente y el proveedor, el servicio de la formación se compone de dos agentes que independientemente sean cliente y proveedor, son también quien forma y quien aprende, dos actividades específicas y distintas.

El servicio de la formación requiere que el agente formador o profesor aplique técnicas pedagógicas para que el alumno entienda lo que debe saber o acceda a la información que debe obtener, de forma ordenada y clara. La actividad del profesor se compone de distintas tareas encaminadas todas al fin de su profesión, enseñar en base a criterios o conocimientos previos que él no puede alterar, por ejemplo, enseñar la operación de la división es enseñar una técnica única y concreta, enseñar la utilidad de la división tiene criterios homogéneos, es decir, es un proceso basado en conocimientos previos y conocidos y aunque el método para acceder al mismo objetivo pueda variar sus variaciones son finitas y no están sujetas a la improvisación. Esta actividad de formación requiere de otra actividad distinta, pero complementaria, que es la de aprender, llevada a cabo por el alumno, con unos pasos y procesos concretos y específicos, mediante las tareas y acciones de aprender y fijar los conocimientos y que

podrá compartirlos con otros conocimientos y con sus propias experiencias, pero en este caso no lo hace en base a criterios científicos previos, sino en cuanto a métodos o tareas aprendidas.

Cuando nos preguntamos cómo se puede medir la calidad del servicio de la formación muchos pensamos que se puede medir viendo lo que el alumno ha aprendido o viendo la aplicación práctica de lo que ha aprendido, por ejemplo, mediante el empleo. Sin embargo, esto es incompleto. Un alumno inteligente y hábil puede aprender con un mal profesor o sin él, de hecho la formación online así parece indicarlo, y por el contrario un buen profesor puede fracasar con un alumno por el hecho de que no quiera o no pueda aprender, independientemente de que este alumno pueda acceder al mercado laboral. No podríamos deducir que los abogados o licenciados en filosofía han sido malos estudiantes o que las facultades no enseñan por el alto paro de esta profesión, pues en el efecto de la empleabilidad actúan muchos elementos. La selección natural o económica que hacen los centros de formación para el acceso de los alumnos a sus servicios es un elemento muy determinante en el resultado del servicio. La posibilidad de conseguir empleo de un alumno perteneciente a una familia acomodada o de empresarios es mucho más alta que la de un alumno perteneciente a una familia de recursos económicos escasos. Las familias con nivel adquisitivo alto suelen llevar a sus hijos a colegios o universidades privadas y de nivel formativo muy altos, estas universidades a su vez son las que aparecen con tasas de empleabilidad de sus postgrados más altas. ¿Cuál de los factores que hemos mencionado, nivel económico de las familias o nivel formativo de la Universidad, influye más en que el postgrado consiga empleo?

Está claro que los modelos de medición de la calidad de la enseñanza deben medir lo que realmente sea medible y tenga un claro agente o responsable. Medir la calidad de la formación es medir los conceptos adquiridos por el alumno en comparación con la media de su grupo, determinar la adecuación de los conocimientos adquiridos con los esperados en base a los objetivos de los programas educativos aplicados, todo ello teniendo en cuenta los recursos que se han puesto a disposición del alumno para que realice las tareas de aprender con suficiencia y eficacia. Está claro que no se puede medir la calidad de la educación preguntando al alumno que tal lo ha hecho su profesor o si le cae más o menos simpático, sino que se debe analizar el contenido de lo transmitido y el resultado conseguido en cada caso particular.

Resumen: el acto médico, por la utilización de medios, persigue resultados que no siempre podrán ser los esperados, contiene múltiples tareas de observación, comparación, elección, aplicación, análisis de resultados y revisión del proceso si hiciera falta. Medir la calidad del servicio se puede hacer en base a los medios que ha utilizado en la observación, en base a los criterios de comparación que ha hechos servir, en base al proceso de elección de los criterios científico-técnicos para la aplicación de la solución propuesta, en base a la idoneidad de dichas aplicaciones, en base a la similitud de los productos y servicios que ha hecho servir con los criterios científico técnicos

establecidos a tales efectos, y a su vez cuando la solución al problema detectado es otro servicio, como puede ser una intervención quirúrgica, este servicio a su vez se compone de otras muchas tareas a las que se les deben aplicar criterios científico-técnicos muy concretos.

El servicio de la formación se compone de dos elementos, el profesor o docente, y por otra parte el alumno. Los servicios se componen dos elementos, el cliente y el proveedor con dos actividades específicas y distintas. El cliente no es quien de forma pasiva recibe el servicio, sino quien de forma activa genera una nueva actividad, la de aprender. Medir la calidad de la formación valorando los conocimientos adquiridos por el alumno en comparación con la media de su grupo y en base a los objetivos de los programas educativos aplicados, se debe hacer teniendo en cuenta los recursos que se han puesto a disposición del alumno para que realice las tareas de aprender con suficiencia y eficacia y en base a las circunstancias socioeconómicas del alumno.

3. LA CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA Y LA OTRA CALIDAD

Prácticamente todos los modelos de calidad en uno u otro momento establecen la necesidad de identificar los elementos básicos, propios y críticos en la elaboración técnica de los bienes económicos, sean estos productos, un coche, o servicios, atención sanitaria o educación.

Los modelos imperantes actuales en la Gestión de la Calidad Total se basan bien en el modelo EFQM o bien en el modelo de la ISO 9000. El primero sustentado en la participación interna de la organización en la definición de sus procesos, el segundo basado en un proceso de normalización previa interna, en este caso la certificación es externa y en el primero de ellos es interna.

Sin embargo, sin cuestionar la validez del modelo de Gestión de Calidad Total imperante en nuestro entorno, no cabe duda que hay muchas situaciones y características del servicio o del producto que obligan a fortalecer el modelo en la normalización de ciertas técnicas, procesos, tareas y tomas de decisiones, así como hay también muchas razones que nos indican que la certificación externa presenta mayores ventajas que la auditoría interna.

En base a los elementos que componen un servicio: proveedor, cliente o receptor, tareas, técnicas, procesos o productos; el proveedor realiza a petición de quien lo demanda, mediante tiempo, el bien económico determinado, pero no siempre de igual forma sino en función de la relación existente, tácita o expresamente, entre uno y otro que atiende, sea dicho de paso, al origen y al vínculo que hay entre ambos. A todo lo cual hay que añadir la influencia de los componentes subjetivos del que lo presta y/o ofrece y del que lo percibe o utiliza.

Como ya hemos visto, el servicio prestado por un médico se basa en aplicar unos conocimientos técnico-científicos, verificados por otros, a las personas que lo demanda y/o necesitan en función de las alteraciones que presenta su salud percibida o no percibidas, o manifiesta el paciente, y en función del resultado de tareas o proceso previos. La aplicación de una tarea o de la actividad concreta en un determinado proceso se basará en criterios técnicos, poco modificables o inmodificables, lo cual hará que este servicio se asemeje a un producto o lo que en fabricación se entiende por un semi-acabado. Por ejemplo, el Artículo 2.6 de la ley 41/2002, se refiere concretamente a las técnicas y a otras tareas, las tareas como la de informar y documentar, como componente del servicio consecuencia de la actividad asistencial.

Así pues, la naturaleza del acto sanitario y más si cabe la del médico nos lleva a la necesidad de trabajar la calidad científico-técnica y medirla, mediante un modelo similar a las normas UNE, aunque en este caso los normalizadores no podrían ser otros que los propios médicos y los certificadores las organizaciones de ordenación profesional, independientes de la Administración Pública y los Sindicatos. Esta actividad ya la han puesto en práctica varias sociedades científicas con bastante éxito, configurándose casi como una auténtica certificación.

Separar y disgregar los modelos de Gestión de la Calidad, como aquellos que mejoran la parte organizativa de las instituciones, de los modelos de calidad basados tanto en la normalización de los protocolos como en especificaciones de producto, no tiene muchos sentido. Los colectivos médicos de los países con Administraciones Públicas intervencionistas han desconfiado de la normalización y estandarización de su actividad por miedo a la manipulación de su profesión por parte de quien ostenta el poder administrativo.

Los servicios deben darse en las condiciones físico-materiales óptimas, si para recibir la autorización de funcionamiento de un equipo de radiología convencional se exigen parámetros físicos y de construcción muy rigurosos, para el resto de la actividad médica debería pasar lo mismo, es decir, definir la idoneidad del entorno físico-material tanto para las condiciones de trabajo como para los estándares óptimos de seguridad. Los modelos científico-técnicos de calidad en sanidad deben incluir aquellos aspectos de la organización que influyan en la prestación del servicio, tales como espacios, equipos, materiales, soportes documentales y estructura, y, por descontado, aquellos sistemas que garantizan tanto la eficacia de las actuaciones como la seguridad de las mismas.

En el sector de la educación las cosas son distintas. En el servicio de la educación o el de la formación, hay dos componentes sujetos distintos en naturaleza pero iguales en rol. Por una parte, el profesor o educador que aplica técnicas, tareas y procesos para transmitir conocimiento previamente determinado y contrastado, por otra parte, el alumno o educando que aplica de forma activa técnica, tareas y procesos para la captación de los datos y conceptos percibidos, para la transformación de los datos a información, para fijación de esta, para su transformación en información y esta en conocimiento y para la aplicación del conocimiento aprendido a otros contextos

totalmente distintos del que lo originó, e incluso para el inicio del proceso de investigar o buscar respuesta a nuevas preguntas. El alumno es sujeto pasivo desde la perspectiva del orden y el método de la prestación del servicio que recibe, y a su vez es sujeto activo en cuanto al proceso de aprendizaje se refiere.

Al igual que en la sanidad, la educación utiliza criterios científico-técnicos previamente validados por el colectivo en el que se desenvuelve el servicio, criterios inamovibles y únicos. Es decir, el que forma o educa no transmite los conocimientos que le viene en gana sino los que previamente están incorporados al programa formativo y al conocimiento general sobre el mismo. Incluso los métodos pedagógicos y motivacionales se mueven dentro de unos parámetros similares y con muy poca variación entre unos y otros.

La normalización de los conocimientos de cada programa formativo por parte de la universidad es de vital importancia para los que luego van a ejercer sus profesiones dado que por la calidad de estos se medirá, en parte, el trabajo del profesional. Ejemplo de esto es el caso de la medicina, está claro que la fuente universitaria es la que en muchos casos distingue la actuación médica correcta de la que no lo es. La calidad científico-técnica de la universidad junto con la metodología de investigación y selección de criterios por parte del profesorado de dicha universidad, es lo que luego se funde con la práctica de la profesiones universitarias y con la diligencia media exigible que preconiza la *lex artis*, una vez que esta es invocada por parte de la jurisprudencia como límite subjetivo en el campo de las responsabilidades profesionales.

Un ejemplo de los criterios científicos-técnicos de la formación está en la metodología de los cursos impartidos a distancia, actualmente los impartidos por online por internet semi-presenciales o no-presenciales. En estos cursos la organización responsable del servicio solicita a los profesores que escriban en un documento todo aquello que contiene la materia en cuestión, que escriban toda la bibliografía necesaria y todos los documentos adicionales que pueda necesitar el alumno y en muchos centros hay comisiones de validación de contenidos, es decir, se ponen en práctica procesos propios de certificación. En este caso la relación profesor-alumno, está muy acotada y viene previamente estandarizada. En algunos casos, el centro se limita a validar y comprobar que los documentos remitidos por el alumno son realmente suyos dando por válido el resultado de la relación del alumno con el sistema de formación no presencial.

Todo ello nos lleva a deducir que en el servicio de la enseñanza o educación también es importante actuar en los parámetros de calidad de la actividad de quien aprende, de tal forma que los centros educativos o de formación deben enseñar al alumno a aprender con carácter general y en concreto a aprender la materia que se imparte en cada asignatura. Por tanto hablamos de la calidad científico-técnica del servicio de formación cuando se han normalizado previamente contenidos, métodos, tareas y actividades de quien enseña y de quien aprende.

Resumen: en el entorno de los servicios que presta el médico y el profesorado la calidad científico-técnica define un componente esencial de dichos servicios. Los modelos de calidad encaminados a gestionar la calidad tanto de un servicio como del otro, deben tener muy presente la importancia de la normalización de las técnicas, tareas, criterios y contenidos en cada uno de ellos y en consecuencia de la oportunidad de la certificación externa de los mismos. En el proceso de formación habrá también que actuar en la actividad propia del alumno, el proceso de aprendizaje como tal.

4. LA CALIDAD Y LA *LEX ARTIS*. APLICACIÓN JURÍDICA DE LA CALIDAD

Lex artis significa el modo de hacer las cosas bien. *Lex artis* también entendida como ley del arte, ley artesanal, buena práctica, diligencia media exigible o regla de actuación de la que se trate, se viene empleando por los órganos judiciales para tener criterio a la hora de valorar la tarea de un profesional y determinar si fue correcta o no correcta, si se ajustó o no a lo que se entiende se debe hacer en cada caso, y por lo que, entonces, habría que añadir la expresión “ad hoc”.

Martínez Calcerrada definió la “*lex artis ad hoc*” como: *el criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto, y en su caso, de la influencia de otros factores endógenos –estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.*³³

El concepto de “*Lex artis ad hoc*” ha sido asumido por los órganos jurisdiccionales y se ha incorporado en muchas sentencias a lo largo de los años, con el objeto de concretar el buen-hacer profesional frente a una demanda de mala praxis. La sentencia más significativa al respecto es la del Tribunal Supremo de 11 de marzo de 1991, que la define como:

“Aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina - ciencia o arte médico que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados, y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por

33 Martínez Calcerrada y Gómez, L., Derecho Médico, Tecnos, Madrid, 1986.

el resultado de su intervención o acto médico ejecutado)”. En otras ocasiones la doctrina define la *lex artis* o la *lex artis ad hoc* como: *el conjunto de prácticas médicas aceptadas como adecuadas para tratar al enfermo en el momento de que se trata*.

En la práctica, la *lex artis* funciona como un concepto jurídico indeterminado, ya que, como estamos viendo, se exige una actitud concreta del profesional sanitario cuya corrección o no, dependerá de haber actuado conforme a los protocolos y normas de actuación de cada especialidad, o a pautas de actuación asumidas como correctas aun no siendo las mejores o incluso con pautas de actuación que sin ser correctas “*no son incorrectas*”, normas que son cambiantes conforme la medicina y los descubrimientos científicos van avanzando. Además, estas normas o pautas de actuación en muchos casos no están documentadas de forma explícita, no constan en ninguna parte, sino que se desprende de la conjunción de documentos científico-técnicos que habitualmente utilizan los facultativos o que pueden utilizar, o incluso ni tan siquiera eso, sino que la *lex artis* se desprende de lo que la jurisdicción entiende de la opinión de peritos médicos, profesores de la universidad o de médicos de prestigio reconocido. Como tal concepto jurídico indeterminado, su concreción depende de cada caso concreto, de la naturaleza y gravedad de las lesiones juzgadas, de las concretas circunstancias de tiempo y lugar, de la documentación aportada, de la declaración de peritos, expertos y del forense y de lo que el tribunal entienda por todo ello. No es lo mismo tratar un cáncer en estadio inicial con una probabilidad de curación de un 50%, que tratar a un enfermo con el mismo cáncer pero en fase terminal. Igualmente, la conducta exigible a un médico hace veinte años no es la misma que ha de ser aplicable a día de hoy, y ello por razones obvias: los conocimientos han cambiado y lo que antes podía ser válido en medicina, hoy ya no lo es.

Para ilustrar lo que estamos diciendo nos valemos de una Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 29 de enero de 2010, de la Sala Primera de lo Civil. Su Ponente, el Excmo. D. José Antonio Seijas Quintana nos dice: “*El médico, en su ejercicio profesional, es libre para escoger la solución más beneficiosa para el bienestar del paciente poniendo a su alcance los recursos que le parezcan más eficaces en todo acto o tratamiento que decide llevar a cabo, siempre y cuando sean generalmente aceptados por la Ciencia médica, o susceptibles de discusión científica, de acuerdo con los riesgos inherentes al acto médico que practica, en cuanto está comprometido por una obligación de medios en la consecución de un diagnóstico o en una terapéutica determinada, que tiene como destinatario la vida, la integridad humana y la preservación de la salud del paciente (SSTS 24 de noviembre 2005; 8 de enero de 2006)*». Sigue diciendo: “*La lex artis supone que la toma de decisiones clínicas está generalmente basada en el diagnóstico que se establece a través de una serie de pruebas encaminadas a demostrar o rechazar una forma de actuación*”.

La diferencia entre “*elección de un estándar o protocolo*” o indicación y *lex artis* es clara. La “*elección de un estándar o protocolo*” o indicación en medicina hace referencia, en primer lugar, a un criterio determinado y concreto, a una tarea de valoración y comparación, en segundo lugar, a una tarea de ponderación riesgo-beneficio, en tercer

lugar, a la posición del riesgo inherente para el paciente que pueda entrañar la aplicación de una u otra técnica o medida terapéutica y por último, a la/s alternativa/s a la misma. La indicación se hace en busca de una respuesta o de un resultado, un profesional no adopta una indicación solo para cumplir con una obligación sino para buscar una solución o una respuesta a una pregunta. La indicación contesta a la pregunta ¿qué medida se propone y por qué?. Sin embargo, la *lex artis* trata de buscar e intentar concretar lo que la ciencia opina sobre el caso tratado, no teniendo por que traducirse solo en un protocolo de actuación concreto sino en el conjunto de opiniones o criterios que permita conocer si la actuación llevada a cabo contradecía algún principio exigible o intransgredible, o si el profesional utilizó todos los medios que de forma razonable tenía a su disposición, no busca resultados concretos sino conductas profesionales. La justicia a través de la *lex artis* busca responder a la pregunta ¿cumplió el facultativo con la obligación que le confiere su deber profesional? ¿cómo se hizo lo que se hizo, con la diligencia debida o sin ella? ¿hubo error inadmisiblemente imputable al profesional?. Es decir, la *lex artis* es una exigencia de mínimos intentando descartar el error inadmisiblemente como causa de la lesión.

La teoría de la *lex artis* surge como necesidad de contestar a una pregunta con carácter posterior de la acción o actuación profesional, es decir, si una actuación se ha sometido o no a la buena práctica después de haber ocurrido o si el responsable de dicha actuación lo ha hecho en base a la obligación que se le supone que tiene. El profesional de la salud no acude a la *lex artis* para tomar decisiones sino a los criterios técnico científicos de su profesión. Una actuación profesional correcta lo será bien por el resultado o bien por el procedimiento utilizado, pero no necesariamente solo por la *lex artis*. ¿Por qué afirmamos tal cosa?.

Todo persona capaz responde por los daños que causa cuando ha actuado con negligencia, imprudencia o culpa. Por tanto, en principio y salvo excepciones, el profesional no responde si no hay daño o lesión. El acto médico curativo es un proceso de medios y no de resultados,³⁴ por lo que ante una lesión (o un peligro innecesario) habrá que estar a ver si el profesional utilizó todos los medios a su alcance³⁵ para la recuperación del paciente y si en su actuación atendió a la *lex artis*,³⁶ dado que en este caso el resultado de lo que ocurre es solo imputable a la naturaleza de las enfermedades, a la biología humana y al indefectible efecto de sustancias nocivas externas sobre el cuerpo humano, pero no a la actuación del médico o a su no actuación, es decir, omisión. Sin embargo, si no ha habido lesión (ni peligro) evitable la justicia no entra en si el médico ha atendido al paciente en base a la *lex artis*, dado que no hay objeto ni causa, es decir, nadie puede exigir al médico sentirse mejor de lo que está sin lesión

34 Sentencia del Tribunal Supremo Sala 1ª, 22.6.2004 -RJ 2004/3958.

35 Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de junio de 2003 y 31 de julio de 1996.

36 Sentencia Del tribunal Supremo Sala 1ª, 26.3.2004 -RJ 2004/1668.

antijurídica. Así pues, en una aproximación teleológica la *lex artis* no es una aplicación jurídica de la calidad sino que se aproxima a una medición jurídica del error y no solo de la no-calidad. Por este motivo afirmamos que la *lex artis* es una concepción de la valoración negativa del acto médico, buscando la responsabilidad de una lesión, y no una valoración positiva del acto médico, ponderando la calidad de su actuación cuando esta no ha dado como resultado una lesión o simplemente no ha dado el resultado deseado.

A través de la teoría de la culpa (y el daño culposo emergente) podemos adentrarnos en la consideración que hace la doctrina jurídica del acto de un profesional en base a lo que se entiende comúnmente que éste debe saber para no ocasionar daños a terceros, de tal forma que los parámetros de valoración son:

1. **La impericia:** no saber, no saber la técnica o el conocimiento de lo que se supone sabe un profesional acreditado para ello.
2. **La negligencia:** hacer menos de lo que se espera o debe o no hacer lo suficiente, de quien se supone está acreditado para ello.
3. **La imprudencia:** hacer más de lo que uno debe, pero haciéndolo mal.
4. **La inobservancia** de los reglamentos y deberes a su cargo, como es el no dar información al paciente o solicitar su consentimiento informado.

Para algunos autores negligencia, imprudencia y culpa son sinónimos. La Fiscalía del Tribunal Supremo español, ha puesto de manifiesto que entiende que la diferencia entre la impericia y la negligencia estriba en que la impericia es la falta de conocimientos necesarios, con independencia de la posesión o no del título que lo acredite y la negligencia es la falta de cuidado, especialmente exigible a los profesionales en la actividad que les es propia.

Por otra parte, la responsabilidad del profesional aparece cuando se ha causado un daño, incensario y por tanto ilícito, antijurídico, y cuando hay culpa por parte del actor, que es el elemento fundamental que determina la existencia de responsabilidad del profesional. Son casos excluyentes de la responsabilidad tanto el caso fortuito y la fuerza mayor, como la culpa del paciente, la intervención de un tercero o la falta de capacidad del sujeto pasivo. Así pues, además del acto antijurídico y la culpa, debe haber también daño o perjuicio pudiendo ser este moral, material o corporal y a además de ser cierto, propio y actual, siendo preceptiva la necesaria relación entre el acto antijurídico y el daño o perjuicio reclamado o existencia del nexo causal. Entre el comportamiento del médico y el daño del paciente deberá existir una relación de causalidad,³⁷ de tal forma que se pueda decir que el daño ha sido causa de éste.

³⁷ Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de octubre de 1995.

En cuanto al tratamiento, la prescripción de medicamentos o la intervención quirúrgica, existe negligencia cuando el resultado dañoso se produce como consecuencia de la falta de conocimientos técnicos o profesionales o, en definitiva, cuando se realicen los mismos mediante unos métodos que contravengan las normas de la *lex artis*. Así, por ejemplo, la SAP de Ciudad Real de 14 de noviembre de 2002 que declara la responsabilidad del médico tras la realización incorrecta de una ligadura de trompas, que permitió el embarazo de la paciente tres meses después de la intervención, o la de Valencia de 18 de mayo de 2000 en la que el médico ocasiona la esterilidad de la paciente por no prestarle el tratamiento adecuado en base a criterios comúnmente aceptados.

La tendencia de aplicar protocolos de actuación en la sanidad española viene de la mano no tan solo de las teorías de la calidad y de la normalización, sino también de la gran presión que ejerce la sociedad civil sobre los errores médicos frente a los tribunales de justicia, dado que los órganos jurisdiccionales aceptan el seguimiento de los protocolos médicos como prueba de *Lex artis*, independientemente de quién ha redactado o aprobado dicho protocolo.

En el entorno educativo y formativo la aplicación de la *lex artis* no es igual que la aplicación que se le da al mismo concepto en el sector de la salud. En España no hay constancia de demandas a un profesor o a un centro educativo como consecuencia de que la impericia, la negligencia, la imprudencia o la inobservancia haya lesionado la formación o educación de un alumno, algo distinto ocurre en los Estados Unidos de América.

En España la aplicación por parte de los tribunales de la *lex artis* al sector educativo de menores, viene de la mano de la existencia de una lesión de cualquier naturaleza, material o inmaterial, viene de la mano de los casos en los que un alumno es lesionado en un colegio o en una actividad responsabilidad del colegio y en cuyo supuestos el sistema judicial debe dirimir la responsabilidad de quien debiera haber actuado. Un profesor de educación física no sería responsable de la lesión de un alumno en caso de accidente, si este accidente se produjera como consecuencia de una actividad aprobada por la dirección del Centro y el Consejo Escolar, conforme a la legislación vigente y con un aceptable estado de las instalaciones, dado que se entendería que este profesor procedió conforme a la *lex artis* de su profesión.

La actuación del profesor de educación física debe articularse alrededor de la noción de diligencia media exigible o de la *lex artis*, en analogía a la doctrina aplicada a los profesionales de la salud. El alumno está obligado a prácticas deportivas, mientras el profesor fija las actividades a desarrollar, de tal forma que en el caso concreto de aparición de una lesión el profesor de educación física deberá demostrar que actuó con diligencia, estableciendo reglas correctas para la enseñanza valorando en cada caso si el alumno está capacitado para realizar la actividad física. Ejemplo de ello, un caso de luxación de clavícula en una alumna por un giro hacia delante cuando los alumnos habían sido entrenados en dicho giro con ayuda, colocándose en fila según el

nivel previo alcanzado, se exime de responsabilidad al profesor de judo,³⁸ otro ejemplo opuesto, es el caso de un lesión en un alumno que realizó obligado bajo presión un salto sobre trampolín con carrera previa de ocho metros con caída en colchoneta, se hizo responsable al profesor de gimnasia.³⁹

Pero también se le exige *lex artis* al resto del profesorado de los colegios de menores, no tanto en relación a su profesión de maestro o profesor sino en cuanto a su función de tutela del menor y en concreto, a su tarea de vigilancia y prevención. Un docente, obviamente, no tiene que resolver la salud de un alumno menor de edad, ni de nadie, sin embargo, cuando aparece la función de quien se hace cargo de la *custodia de hecho* de un menor la protección de la salud del menor si que incumbe a quien la ejerce por el principio de la responsabilidad *in vigilando*, aunque sus límites no están nada claros. En los supuestos de los docentes la protección de la salud se somete por una parte, a una acción *in vigilando* y por la otra, a una acción *in educando* en base a los programas oficiales. En estos supuestos, en los que aparece un menor, la jurisprudencia es clara, el docente está obligado a proteger la salud del alumno hasta donde se entiende como razonable, concretamente en relación a los tratamientos que debe seguir el alumno, pues lo que no puede ocurrir es poner al alumno en situación de riesgo innecesario o extremo, a lo cual añadimos que precisamente todo esto se concreta en la *lex artis* del responsable en cuanto a la diligencia media exigible.

La obligación del deber de socorro cualificada del artículo 196 del Código Penal, se ve incrementada en su exigencia por la obligación que conlleva la tutela temporal (custodia de hecho) a la que nos hemos referido, por los conocimientos del docente y en ocasiones, como en Madrid, por sus funciones. En el docente aparece una exigencia cualitativamente reforzada, la exigencia del deber de vigilancia, por dos razones. En primer lugar, por los conocimientos que debe tener el docente en primeros auxilios, en segundo lugar, por todas las circunstancias que envuelven al menor, es decir, la obligación de vigilancia del docente aproxima la relación docente/alumno-menor a un cierto grado de institución de tutela temporal de hecho, en la cual la custodia del menor viene empujada de la mano de la obligatoriedad legal de la educación, de tal forma que la patria potestad de los padres se ve sustituida, obligatoria y temporalmente, en sus funciones de autoridad, vigilancia y protección por los docentes que de ellos cuidan.

En este orden de cosas, si frente a una situación de urgencia o de emergencia prevalece la necesidad de protección de la salud por la obligación del deber de socorro o auxilio -artículo 196 o del 412.3 del Código Penal- en el caso de un alumno todo ello con mucho más motivo o fuerza, porque en todo lo que acontece al alumno menor el docente ocupa temporalmente la posición de sus padres, su patria potestad, en forma análoga a las obligaciones que conlleva la tutela de hecho de ámbito temporal.

38 Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona de 22 de enero de 2004.

39 Sentencia del Tribunal Supremo de 22 de diciembre de 1999.

La adopción de medidas o de técnicas a las que se refiere en general la doctrina de la *lex artis*, en este caso concreto hace referencia a aquellas técnicas que el docente debe conocer, así como a las medidas protectoras de su salud conocidas por todos como son la atención del alumno, la llamada de ayuda cualificada y la toma de las medidas que cualquier persona adoptaría para evitar lesiones permanentes o la muerte de la persona desamparada. Esta protección de la salud del menor en estado de auxilio también se extiende al “no hacer” para no empeorar la situación del accidentado.

Resumen: con esta visión breve de la doctrina de la *Lex artis* y sus motivos de aparición en la jurisprudencia vemos que si bien la *lex artis* está refiriéndose a criterios de mínimos de la calidad del quehacer de un profesional, lo hace desde la perspectiva del acto no tan solo con falta de calidad sino con existencia de error inadmisibles o diligencia media exigible, pero solo cuando como consecuencia de este acto ha aparecido una lesión innecesaria en quien se supone no debería padecerla, es decir, si no hay lesión no se acude a la *lex artis*.

5. LA ASIMETRÍA DE LA INFORMACIÓN EN LA SALUD Y LA CALIDAD PERCIBIDA

El principio para la provisión por el mercado de los bienes privados fue inicialmente estudiado por Vilfredo Pareto,⁴⁰ mediante el cual se determina que si una transacción mejora al menos la posición de una persona y no empeora la de ninguna en un conjunto de personas y transacciones, entonces la transacción es eficiente, el óptimo de Pareto. Sin embargo, otros teóricos de la economía últimamente mantienen que cuando los mercados están incompletos y/o los ofertantes suministran información imperfecta, lo que ocurre prácticamente en todas las economías, los mercados son ineficientes, más aun, para estos autores es solo bajo circunstancias excepcionales en las cuales los mercados son eficientes.⁴¹

Aun así, los mercados independientemente de sus imperfecciones no funcionan con los bienes públicos simplemente porque al ser el bien público necesariamente un bien no-excluyente nadie pagará por él, es decir, si el acceso es gratuito nadie pagará por el voluntariamente, en otras palabras, si cualquiera puede beneficiarse de un servicio público sin posibilidad de ser excluido de él nadie pagará dicho servicio. Esta última situación es la que se conoce como problema del *free rider*, que se beneficia de algo que

40 Vilfredo Federico Damaso Pareto (1848-1923). Italiano. Sociólogo, economista y filósofo italiano. Creador del concepto de Eficiencia de Pareto, de las Curvas de Indiferencia y contribuyó al desarrollo de la microeconomía.

41 Greenwald B., Stiglitz, J. E. Externalities in Economies with Imperfect Information and Incomplete Markets. *The Quarterly Journal of Economics* (1986). Volume 101. Issue 2 . May 1986.

financia otro, que es una variante del *Dilema del Prisionero*,⁴² el cual se basa en la teoría de que dos personas pueden no cooperar aun cuando en ello les vaya su propio interés.

Los problemas de información entre proveedores y consumidores -*information asymmetry*-,⁴³ es una de las características para definir un bien como bien preferente, tal como ya hemos visto.

La organización asistencial, como casi todos los servicios, también se rige por el principio de la complejidad y el de la especialización. Las personas acceden en muchos casos a los servicios sanitarios en función de un prescriptor previo, salvo en casos de primera consultas o urgencias, pues se ven obligados a tomar decisiones sin la suficiente información, lo cual define la característica *asimetría de información* entre ofertante y demandante, paciente y prescriptor, típica de este servicio.

Si a esta peculiaridad le añadimos la características de los servicios como bienes económicos escasos y que el servicio asistencial cada paso es consecuencia de la acción que le precede nos lleva a considerar que la prestación de este servicio obedece al modelo cliente-proveedor,⁴⁴ en el cual cada agente es cliente de lo que solicita y proveedor de lo que hace. Este tipo de servicio finaliza cuando el paciente, como cliente final, es dado de alta del proceso, es decir, el servicio y su duración está íntimamente ligada a la voluntad del proveedor y no del cliente, es un servicio proveedor-dependiente.

La *asimetría de la información* es uno de los problemas con el que se enfrenta la persona cuando debe elegir entre un servicio y otro o entre un producto el otro y no dispone de toda la información necesaria para realizar la mejor elección.⁴⁵ En el campo de la asistencia sanitaria el suministro de información debe entenderse en dos facetas, por una parte la que le corresponde suministrar al médico de cabecera de cada asegurado, pero por otra parte el ciudadano puede tener acceso a información sobre la calidad de los centros asistenciales tal como ocurre por ejemplo en el Reino Unido en donde en National Health Service publica los resultados en calidad de los proveedores de servicios de salud, tal como usted podrá comprobar en la página web del NSH. (www.nhs.uk/services/)

Pocos son los centros sanitarios en España que publiquen sus memorias en términos de resultados en salud, es decir, memorias que presenten los resultados del hospital

42 Albert William Tucker (1905-1995). Norteamericano, nacido en Canadá. Matemático. Contribuyó a Teoría del Juego y a la programación lineal. En 1950 dio el nombre del Dilema del Prisionero al modelo de Merrill M. Flood y Melvin Dresher.

43 For laying the foundations for the theory of markets with asymmetric information, Teoría sobre la Información Asimétrica de los mercados, le valió a Joseph Eugene Stiglitz (nacido en 1943 en EEUU) compartir el Premio Nobel de Economía en 2001 con George A. Akerlof y Michael Spence.

44 Juran J. M. Juran y la calidad por el diseño. Ed. Díaz de Santos. 1996. Madrid.

45 Marimon S. La sanidad en la sociedad de la información. Ed. Díaz de Santos. 1999. Madrid.

mostrando indicadores de salud comparándolo con otros hospitales o con medias de indicadores.⁴⁶

Al inicio del artículo decíamos que la calidad, con carácter genérico, es la percepción que el cliente tiene de un producto o servicio en base a las expectativas que tenía de este, que permite medir el grado de conformidad y su capacidad para satisfacer las necesidades de quién lo demandó. Es decir, la calidad se supone en cuanto existe un cliente y un proveedor y en cuanto el cliente está satisfecho con lo que se le ha entregado.

También decíamos que en el servicio de naturaleza sanitaria suele haber más de un cliente y que en todo caso el paciente no está preparado, salvo excepciones, para la evaluación del servicio recibido, aunque sí lo está tan solo en lo que se refiere a la desaparición o mejora de los síntomas o signos que presentaba, a la calidad de trato y a la hostelera.

En la educación y formación, la asimetría de información es tan solo parcial y en determinadas edades. En edades tempranas en donde la educación y formación es básica el alumno no tendrá criterio ni forma de poder saber si la calidad científico-técnica del profesor es la que deseaba recibir o no. En edades superiores el alumno si tendrá capacidad de poder evaluar a sus profesores, independientemente de la habitual valoración empática.

Para limitar el efecto de la asimetría de información lo más correcto tanto para el profesional como para el cliente o paciente, en el caso del acto médico, es concretar las expectativas del usuario informándole de las expectativas razonables que puede esperar del servicio prestado. A través de la información, control y seguimiento de las expectativas se reducen los efectos de la asimetría de la información y se concreta mucho mejor la ponderación de la calidad por parte del cliente.

Otra forma de reducir los efectos negativos de la asimetría de la información es introduciendo agentes certificadores de la calidad científico-técnica o certificadores de producto. Estos agentes certificadores y normalizadores de las especificaciones técnicas en el mundo de la medicina no pueden ser otros que los propios profesionales de la medicina y deben gozar de toda independencia a la hora de elaborar estándares o a la hora de certificar el cumplimiento de los mismos.

Resumen: para poder ubicar el origen de la satisfacción de un cliente o de su no satisfacción es importante tener en cuenta la existencia y graduación de la asimetría de información del servicio o bien prestado. Cuando se ubica un posible alto grado de asimetría entre cliente y proveedor hay que identificar al cliente en las distintas fases o procesos del servicio, entendiendo que probablemente tengamos varios clientes distintos con necesidades distintas en el mismo proceso de la ejecución del bien. Una

46 Memoria año 2004 de la Fundación Hospital Alcorcón. Madrid. 2004.

de las soluciones para mitigar dicha asimetría es la aparición de certificadores externos de los estándares de calidad normalizada del servicio.

6. CONCLUSIONES DE LO EXPUESTO

Las exigencias de la concreción, la brevedad y la eficiencia comunicativa nos fuerza en muchas ocasiones a resumir las explicaciones conceptuales de tal forma que nos dejamos en el tintero importantes elementos y componentes argumentales que nos pueden desvirtuar la cuestión a tratar. Algunos autores han venido a llamar el síndrome del tetrabrik, como aquel fenómeno que lleva a las sociedades a importar culturas sustituyendo nombres de sus contenidos sin conocer su origen, naturaleza y características.

El escenario de la Calidad ha sufrido en parte las consecuencias de la inconcreción y en algunos casos el síndrome nombrado. Algo parecido ha pasado con el término coordinación, pasando de ser una consecuencia a convertirse en una dedicación, es decir, la coordinación es el efecto de la interrelación eficiente y autónoma de elementos bien definidos entre si de tal forma que la acción de uno mueve al otro y así sucesivamente, por ejemplo, un motor de un coche. Pero, sin embargo, el término coordinación se ha convertido en una actividad principal propia de los sistemas ineficientes, aquellos con elementos cuya carencia de definición no permite su interconexión eficiente sino es mediante la intervención de una tercera persona que supla a estas carencias.

Así pues, cuando nos hablan de la Calidad muchas veces se olvidan de definir el sujeto al que nos referimos, es decir, la Calidad de qué. Algo parecido ocurre cuando alguien nos habla de la belleza o de la optimización sin decirnos de que sujeto nos está hablando, pues su conceptualización abstracta tiene poco recorrido. En este artículo, el autor ha pretendido revertir esta situación e intentar tratar la cuestión de la Calidad de los servicios entrando en el análisis del sujeto de la oración, concretamente, el bien económico al que hay que darle el atributo de Calidad. Los análisis internos nos permiten observar las realidades desde una perspectiva cierta pero sabiendo que lo microscópico no debe enturbiar el fin del análisis, haciéndolo inútil.

Con carácter general podemos definir la calidad como el grado de satisfacción del cliente en base a especificaciones o expectativas, a un mínimo coste. La no-calidad puede llegar a suponer entre el 14-20% de la facturación de una empresa.

La gestión de la calidad es el conjunto de las actividades, tanto de dirección como técnicas, necesarias para satisfacer las exigencias del cliente al mínimo costo. Se entiende por sistema de calidad el conjunto de elementos (política, objetivos, organización, responsabilidades, procedimientos, medios técnicos, etc.) necesarios para llevar a cabo la gestión de calidad.

Dentro de los modelos de calidad total se encuentra el *European Foundation for Quality Management* que nace en el año 1991 de la Fundación EFQM. En el año 1988 fue creada la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) siendo una organización sin ánimo de lucro formada por 14 organizaciones europeas: Bosch, BT, Bull, Ciba-Geigy, Dassault, Electrolux, Fiat, KLM, Nestlé, Olivetti, Philips, Renault, Sulzer y Volkswagen.

Previamente a que en 1998 la Universidad de Harvard premiara la obra de Baker, en alguno países y en algunas organizaciones sanitarias, públicas o privadas, se puso en marcha este tipo de modelos basados en la cadena de valor añadido de cada uno de los componentes parciales de los servicios en su conjunto. A partir de 1990, en algunos países se realizaron experiencias sobre lo que se denomina modelo Cost Volume Profit y más tarde se utilizaría el modelo *Activity Base Costing* en países como Holanda, Suecia, Alemania, Francia, EEUU o Nueva Zelanda, entre otros.

No debemos confundir los modelos de calidad con los sistemas de auditoría, acreditación o certificación de la calidad. La auditoría de calidad se aplica, pero no se limita especialmente a un sistema de la calidad o a alguno de sus elementos, procesos, productos y servicios. Tales auditorías se denominan, habitualmente, auditorías del sistema de calidad, auditoría de la calidad del proceso, auditorías de la calidad del producto o auditorías de la calidad del servicio. Se entiende por Certificación la acción de acreditar, por medio de un documento fiable, emitido por un organismo autorizado para hacerlo, que un determinado producto o servicio cumple con los requisitos o exigencias definidas por una norma o una especificación técnica.

El proceso asistencial y el proceso docente son bienes económicos intangibles dentro de los denominados servicios, que se nutren de actividades, tareas, productos y de otros servicios. El concepto de servicio parte de la teoría del bien económico y este a su vez tiene dos vertientes en base a su disponibilidad, una, la que viene a entenderse como bienes económicos –son limitados- y, la otra, la que los clasifica como bienes libres –están al alcance de todos-. El hombre produce solo uno de los dos tipos de bienes que son los bienes económicos que a su vez pueden ser de dos tipos, productos y servicios.

Los bienes o servicios privados están sometidos a rivalidad y excluibilidad. Los bienes o servicios públicos no presentan rivalidad en su consumo, ni la posibilidad de exclusión en el acceso y consumo de los mismos.

Analizar la esencia de una actividad deberá permitir catalogarla como servicio o como mera actividad cuando se trata de la Administración Pública. A su vez, los servicios deberán catalogarse como bien privado, como bien público, como bien preferente o como bien prohibido. En cada uno de ellos los componentes de oferta y demanda y su comportamiento son distintos y la naturaleza de las relaciones entre cliente y proveedor también son distintas entre un tipo de servicio y otro.

Un servicio es un bien que se compone de un proveedor, un cliente o perceptor, de las tareas, técnicas, procesos o productos que el proveedor realiza a petición de quien

lo demanda, de tiempo, de una relación entre uno y otro que atiende al origen y al vínculo entre ambos.

Servicio es sinónimo de actividad. El servicio es posible siempre y cuando haya sus dos componentes subjetivos, por una parte, quien lo produce, que puede ser el mismo que la ofrece y, por otra parte, quien recibe los resultados de la actividad, quien lo percibe, que puede ser el mismo que lo demanda.

Es relevante conocer los elementos que componen un servicio, el que lo presta y/o ofrece, llamado proveedor, el que lo percibe o utiliza, llamado cliente. En el sector de la sanidad, puede además haber dos tipos de cliente, el sujeto activo y el usuario directo, la persona sobre la que se realizan las técnicas y la persona que utiliza el resultado de las mismas, además este último será quien podrá percibir la calidad técnica del mismo.

Para adentrarnos en la naturaleza y composición del servicio que presta un médico en primer lugar nos adentraremos en la descripción de algunos aspectos que lo hacen singular y lo diferencian de otros. En resumen, el acto médico a través de la utilización de medios persigue resultados, resultados que no siempre podrán ser los esperados, es decir, son resultados inciertos, y que esta prestación de servicios implica la concatenación de múltiples tareas de observación, comparación, elección, aplicación, análisis de resultados y revisión del proceso, si hiciera falta.

El acto médico, por la utilización de medios persigue resultados que no siempre podrán ser los esperados, contiene múltiples tareas de observación, comparación, elección, aplicación, análisis de resultados y revisión del proceso si hiciera falta. Medir la calidad del servicio se puede hacer en base a los medios que ha utilizado en la observación, en base a los criterios de comparación que ha hecho servir, en base al proceso de elección de los criterios científico-técnicos para la aplicación de la solución propuesta, en base a la idoneidad de dichas aplicaciones, en base a la similitud de los productos y servicios que ha hecho servir con los criterios científico técnicos establecidos a tales efectos, y a su vez cuando la solución al problema detectado es otro servicio, como puede ser una intervención quirúrgica, este servicio a su vez se compone de otras muchas tareas a las que se les deben aplicar criterios científico-técnicos muy concretos.

El servicio de la formación se compone de dos elementos, el profesor o docente, y por otra parte, el alumno. Los servicios se componen de dos elementos, el cliente y el proveedor con dos actividades específicas y distintas. En este caso, el cliente no es quien de forma pasiva recibe el servicio, sino quien de forma activa genera una nueva actividad vinculada a la anterior, la de aprender. Medir la calidad de la formación valorando los conocimientos adquiridos por el alumno en comparación con la media de su grupo y en base a los objetivos de los programas educativos aplicados, se debe hacer teniendo en cuenta los recursos que se han puesto a disposición del alumno para que realice las tareas de aprender con suficiencia y eficacia y en base a las circunstancias socioeconómicas del alumno.

Prácticamente todos los modelos de calidad en uno u otro momento establecen la necesidad de identificar los elementos básicos, los propios y los críticos en la elaboración técnica de los bienes económicos, sean estos productos, un coche, o servicios, atención sanitaria o educación.

Sin embargo, sin mermar la validez del modelo de Gestión de Calidad Total imperante en nuestro entorno, no cabe duda que hay muchas situaciones y características del servicio o del producto que obligan a fortalecer el modelo en la normalización de ciertas técnicas, procesos, tareas y tomas de decisiones, así como hay también muchas razones que nos indican que la certificación externa presenta mayores ventajas que la auditoría interna.

En el entorno de los servicios que presta el médico y el profesorado la calidad científico-técnica define un componente esencial en dichos servicios. Los modelos de calidad encaminados a gestionar la calidad tanto de un servicio como del otro, deben tener muy presente la importancia de la normalización de las técnicas, tareas, criterios y contenidos en cada uno de ellos y en consecuencia de la oportunidad de la certificación externa de los mismos. En el proceso de formación habrá también que actuar en la actividad propia del alumno, el proceso de aprendizaje como tal.

Lex artis significa el modo de hacer las cosas bien. *Lex artis* también entendida como ley del arte, ley artesanal, buena práctica, diligencia media exigible o regla de la regla de actuación de la que se trate, se viene empleando por los órganos judiciales para tener criterio a la hora de valorar la tarea de un profesional y determinar si fue correcta o no correcta, si se ajustó o no a lo que se entiende se debe hacer en cada caso, y por lo que, entonces, habría que añadir “ad hoc”.

Con esta visión breve de la doctrina de la *Lex artis* y sus motivos de aparición en la jurisprudencia vemos que si bien la *lex artis* está refiriéndose a criterios de mínimos de la calidad del quehacer de un profesional, lo hace desde la perspectiva del acto no tan solo con falta de calidad sino con existencia de error inadmisibles o diligencia media exigible, pero solo cuando como consecuencia de este acto ha aparecido una lesión innecesaria en quien se supone no debería padecerla, si no hay lesión no se acude a la *lex artis*.

Para poder ubicar el origen de la satisfacción de un cliente o de su no satisfacción es importante tener en cuenta la existencia y graduación de la asimetría de información del servicio o bien prestado. Cuando se ubica un posible alto grado de asimetría entre cliente y proveedor hay que identificar al cliente en las distintas fases o procesos del servicio, entendiendo que probablemente tengamos varios clientes distintos con necesidades distintas en el mismo proceso de ejecución del bien. Una de las soluciones para mitigar dicha asimetría es la aparición de certificadores externos de los estándares de calidad normalizada del servicio.

Todo ello, calidad y naturaleza del servicio, nos indica, con carácter general, que los modelos de Calidad genéricos deben adaptarse a la naturaleza del servicio sobre el que

se pretende actuar y en la relación/es entre el cliente y el proveedor, teniendo siempre muy presente si estamos frente a una mera actividad de la Administración o frente a un servicio propiamente dicho, sea este público, privado o preferente.

El grado de asimetría de la información entre el proveedor de servicio y quien lo recibe marca no tan solo el modelo de Calidad sino sobre todo la necesidad de acudir a la certificación externa para que el cliente tenga una orientación sobre la calidad del servicio prestado y que es incapaz de valorar.

Finamente, la naturaleza y los componentes del servicio de la educación y formación nos hace ver que la calidad de este servicio no depende tan solo de la normalización científico -técnica del proveedor sino de la capacitación del cliente del servicio en su tarea de aprendizaje.

La gran asimetría de información y la gran dependencia de las técnicas de aprendizaje del alumno sobre el resultado final en la educación en edades tempranas justifica que los modelos de calidad no tengan que ser iguales que los utilizados para la formación en edades avanzadas o en el sector universitario, en donde la calidad científico-técnica adquiere una importancia sobresaliente y en donde la actividad de aprendizaje del alumno va a ser decisiva en determinados modelos de formación no presencial. Este último supuesto lleva a que desde el punto de vista del autor del artículo, la acreditación del docente, la normalización de contenidos y la certificación científico-técnica externa pase de ser vital en el modelo de calidad de estos servicios.

BIBLIOGRAFÍA

- Acaso Deltell, S. Después del accidente. Desnivel. 1996.
- Albadalejo, M. Díez Alabart, S. Código civil: comentarios y jurisprudencia. vlex. 2014.
- Alberto Galgano. Calidad Total. Ed. Díaz de Santos. 1993. Madrid.
- Baker, J.J. Activity based costing and activity based management for health care. ISBN 0-8342-1115-7. An Aspen Publicaton Inc. 1998.
- Castán Tobeñas, J. Derecho Civil Español, común y foral. Ed. Reus. 2000.
- Concepción Rodríguez J. L. Derecho de daños. S. A. Ed. Bosch. 1999.
- Constitución española de 1978.
- Chan, Yee-Ching Lilian. Improving hospital cost accounting with activity-based costing. Health Care Management Review; Winter 1993; 18, 1; 71-7.
- De Lorenzo y Montoro, R., 1998, La relación médico-paciente, en Aspectos médico-legales en Ginecología y Obstetricia.
- Diez Picazo, L. Derecho de daños. Ed. Cívitas. 1999.
- Díez-Picazo, L y Gullón, A. Sistema de derecho civil. vol. II, Tecnos. 1989.
- Drucker P. The coming of the new organization. Harvar Business Review. January-february 1988.
- Esteban J, González-Trevijano PJ. Curso de Derecho Constitucional Español I. ed. Servicio publicaciones facultad derecho. Universidad Complutense de Madrid. 1994.
- Fernández Entralgo, J. Responsabilidad Civil de los profesionales sanitarios. Lex Artis. Criterios jurisprudenciales. Jesús Fernández Entralgo. Magistrado. Presidente de la Sección 17.^a de la Audiencia Provincial de Madrid. Derecho Civil en Revista Jurídica de Castilla y León. N°3. Mayo 2004.
- Galicia Mangas, F. J. Responsabilidad patrimonial de la Administración en el ámbito educativo. Ed. Atelier libros. 2003.
- Garrido Falla, F. Concepto de Servicio Público en Derecho Español. Revista de administración pública, ISSN 0034-7639, N° 135, 1994.
- Greenwald B., Stiglitz, J. E. Externalities in Economies with Imperfect Information and Incomplete Markets. The Quarterly Journal of Economics (1986). Volume 101. Issue 2. May 1986.

- Jaime Varo. Gestión Estratégica de la Calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Ed. Díaz de Santos. 1994.
- Juran J. M, Juran Y. La planificación para la calidad. Ed. Díaz de Santos. 1990 Madrid.
- Juran J. M. Juran Y El liderazgo para la calidad. Ed. Díaz de Santos. 1990. Madrid.
- Juran J. M. Juran y La calidad por el diseño. Ed. Diaz de Santos. 1996. Madrid.
- Kalpakjian S., Schmid S. Manufactura, ingeniería y tecnología. Prince Hall. 4ª Ed. 2002.
- Krugman, P. The Return of Depression Economics and the Crisis of 2008. W. W. Norton Company Limited. ISBN 978-0-393-07101-6. 2009.
- Marimon S. La sanidad en la sociedad de la información. Ed. Diaz de santos. 1999. Madrid.
- Memoria año 2004 de la Fundación Hospital Alcorcón. Madrid. 2.
- Martínez Calcerrada y Gómez, L., Derecho Médico, Tecnos, Madrid, 1986.
- Martínez-Calcerrada Gómez, L. La responsabilidad civil profesional. Ed. Colex. 1999.
- Moreno Catena, V. Loredó Colunga, M. Arnaiz Serrano, A. Esquemas de Derecho Procesal Civil. Ebook. Ed. Tirant lo Blanch.
- Moreno Martínez, J.A. Responsabilidad de centros docentes y profesorado por daños causados por sus alumnos. Ed. McGraw Hill. 1996.
- Mullahy, CM. Essential readings in case management. ISBN 0-8342-1139-4. An Aspen Publication Inc. 1998.
- Musgrave, R A. The Theory of Public Finance.- New York, McGraw-Hill. 1959.
- Piqueras Pacheco, J. M. La responsabilidad civil y penal en el trabajo con menores. Dirección General de la Juventud de la Comunidad de Madrid. 1999.
- Porter M. The Competitive Advantage of Nations. Free Press, New York, 1990.
- Rogel Vide, C Santos Álvarez, J. La responsabilidad civil extracontractual en el Derecho Español, Ed. Cívitas. 1977.
- Rosen, H. S. Manual de Hacienda Pública. McGraw Hill. 2007.
- Samuelson, P A. The Pure Theory of Public Expenditure. The Review of Economics and Statistics, Vol. 36, No. 4. Nov. 1954.
- Santos Briz, J. La responsabilidad civil. Derecho sustantivo y Derecho procesal. Ed. Montecorvo. 1991.
- Sentencia del Tribunal Supremo Sala 1ª, 22.6.2004 -RJ 2004/3958.

Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de junio de 2003 y 31 de julio de 1996.

Sentencia del Tribunal Supremo Sala 1ª, 26.3.2004 -RJ 2004/1668.

Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de octubre de 1995.

Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona de 22 de enero de 2004.

Sentencia del Tribunal Supremo de 22 de diciembre de 1999.

Smith A. La Riqueza de las Naciones. Madrid, Alianza Editorial, 1994.

Vázquez Iruzubieta, C. Civil, comentario notas y jurisprudencia. Librería Jurídica S.L. 2007.

Yagüez, R. Tratado de responsabilidad civil. S.A. Bosch. 2008.

Younis MZI, Jaber S, Smith PC, Hartmann M, Bongyu M. The determinants of hospital cost: a cost-volume-profit analysis of health services in the occupied territories: Palestine. Int J Pharm Pract. 2010 Jun;18(3):167-73.

CAPÍTULO SEGUNDO

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA ENSEÑANZA PARA LA COBERTURA DE NECESIDADES INMEDIATAS EN EL ÁMBITO MILITAR. UN CASO CONCRETO

José Antonio Cruz Moro

Teniente coronel del Ejército de Tierra. Profesor de la Escuela Superior de las Fuerzas Armadas.

Resumen:

El debate entre la gestión de la calidad y el valor de la misma en relación al proceso o procesos y productos finales y la satisfacción de los clientes, así como su aplicabilidad o no cuándo en el ámbito de la enseñanza se trata, queda relegado a un segundo plano ante la necesidad de obtener productos orientados a cubrir carencias en capacidades, que de no ser completas, cuestan vidas en zonas de operaciones militares. De forma comprensible el factor tiempo se torna en relevante si no como el fundamental, lo que en determinados casos pudiera considerarse como un elemento de presión adicional en detrimento del requerido nivel de calidad. Este artículo presenta un ejemplo en el ámbito militar donde el factor tiempo no ha limitado la calidad del proceso y productos.

Palabras clave:

Calidad, Enseñanza, Redes Amenaza, Inteligencia, HNAT, Targeting.

Abstract

The debate between the management of the quality and its final value in relation to the final products and customer's satisfaction in the education environment is not so relevant when the need is to fill gaps in certain skills, which, if not completed, cost lives in areas of military operations. Understandably time turns into relevant if not the key factor, which in some cases could be considered as an element of additional pressure to the detriment of the required quality level. This article presents an example in the military field where the time factor has not limited the quality of the process and products.

Keywords

Quality, Education, Threat networks, Intelligence, HNAT, Targeting.

Distribución del artículo

1. Definición del problema y primeros pasos.
 - 1.1 Intelligence Fusion for Threat Networks Analysis. (IFTNA, Fusión de Inteligencia para el Análisis de Redes Amenaza)
 - 1.2 Advanced Analysis Tools and Procedures Course. (AATP, Curso Avanzado de Herramientas y Procedimientos de Análisis)
 - 1.3 Human Networks Analysis and targeting. (HNAT, Análisis de Redes Humanas y el Targeting sobre ellas)
2. Implementación de las propuestas.
3. Medición de la calidad del proceso y sus carencias.
4. Conclusiones sobre la calidad del proceso descrito.

INTRODUCCIÓN

Que la adaptación es el secreto de la supervivencia es una verdad asumida por la evidencia y rigor científico de tal aseveración, pero los márgenes de tiempo para esta adaptación son variables en igual medida y sentido inverso al de las necesidades que la genera. Ello es así no sólo en el sentido evolutivo de las especies, lo es en el ámbito empresarial, técnico, industrial, social y muchos más, entre los que se encuentra el militar. Las características de los actuales conflictos, convencionales o no, e independientemente de cómo los queramos categorizar (conflictos híbridos, de tres bloques, asimétricos, insurgencia, etc.), han exigido a las Fuerzas Armadas de todos los países a adaptarse, no ya para reaccionar a tales características, sino dentro de la lógica militar para anticiparse a ellas, afectando a la vertiente técnica, táctica, de planeamiento, enseñanza, etc.

La rapidez con la que las tácticas, técnicas y procedimientos de las amenazas en determinadas zonas de operaciones varían, tiene su efecto igualmente en la preparación previa a entrada en zona de operaciones, la necesaria e inmediata adaptación durante la permanencia en ella y una adecuada gestión y aplicación del proceso de lecciones aprendidas. Todos estos efectos, verdaderos desencadenantes de los procesos de adaptación, son objeto de una adecuada asignación de valor y priorización según la calidad del producto obtenido en relación a las habilidades y capacidades que se quieren obtener para mitigarlos. Si difícil es poder determinar con plena certeza las carencias operativas más allá de análisis intuitivos fruto de la percepción personal, las necesidades a cubrir basadas en la prioridad de cómo influyen en el contexto de

la operación, los procesos de enseñanza necesarios para cubrirlos en el campo del conocimiento y aplicación práctica de aquellos, no lo son menos la adecuada medición de la eficacia obtenida o en la calidad del propio proceso en sí.

Pues bien, todas estas incertidumbres de planeamiento en la enseñanza y preparación militar pueden verse solventadas con determinados sistemas expeditos, que a modo de procedimiento ecléctico con fuentes de acreditada solvencia en los campos de la calidad en su sentido más general, y aplicándolas según qué fases, tipo de productos y requerimientos operativos, dan una muy adecuada respuesta a las necesidades de los clientes potenciales, que no son otros que los Comandantes Operacionales y las estructuras y fuerzas bajo su responsabilidad.

Un ejemplo de ello es el análisis de las Redes Amenaza en las zonas de operaciones. Las Redes Amenaza son aquellos grupos de personas, que mediante acciones coordinadas y con objetivos y funciones variables relacionadas con finanzas, decisiones sobre prioridades de objetivos, ejecución de acciones agresivas y de propaganda por nombrar algunas, se oponen a los intereses de los aliados, mediante acciones de insurgencia utilizando métodos terroristas, o mediante ataques planeados, preparados y conducidos con tácticas técnicas y procedimientos puramente militares, o actividades criminales que socavan la credibilidad de los gobiernos a los que se pretende ayudar en la recuperación de la estabilidad y la legalidad, o el tráfico de personas, la delincuencia organizada, grupos radicales de corte político, nacionalista o religioso, etc... Para oponerse a las acciones de estos grupos son necesarias no sólo una adecuada inteligencia que alimente el conocimiento sobre ellas y una capacidad de actuación con medios letales y no letales o la adecuada coordinación de ambos, sino además, un muy detallado conocimiento interno de sus procesos de decisión, capacidades, vulnerabilidades y los efectos que sobre cada uno de ellas puedan tener nuestras acciones.

En definitiva, atacar estas redes requiere de conocimientos, análisis adecuados y productos de inteligencia que proporcionen elementos de juicio suficientes para que las decisiones que se adopten en el campo militar sean lo más acertadas posibles. No se trata de comenzar a hacer inteligencia y operaciones, se trata de adaptar herramientas de análisis novedosas en los ciclos de inteligencia para una mejor toma de decisiones y una mejor ejecución de las operaciones. Un claro ejemplo de ello son una serie de cursos que en el ámbito de la OTAN pretenden cubrir ciertas deficiencias que en el análisis de las Redes Amenaza fueron detectadas en la Misión de la OTAN en Afganistán, (Fuerza Internacional de Asistencia a la Seguridad, ISAF según su acrónimo en idioma inglés). Para evitar conflictos con la clasificación de seguridad de parte del material documental que apoya este artículo, y dada la experiencia personal de este autor durante la generación de los citados cursos, el objeto de estudio será la implementación del valor calidad en los mismos, obviando cualquier referencia a contenidos o áreas de estudios concretos de aquellos.

I. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y PRIMEROS PASOS

Existen herramientas de análisis y representación gráfica de redes de todo tipo, desde programas informáticos y aplicaciones académicas generalistas o especializadas, tanto gratuitas como de pago, (Analyst Notebook. 8, ORA, UCINET, Blue Spider, SNAP, NodeXL, SoNIA, KeyHubs, UrlNet y un largo etcétera), hasta el complejo sistema de aplicación militar Palantir, pero éstas aplicaciones ofrecerán resultados basados en medidas de número, calidad y frecuencia de interrelaciones de los diferentes actores según los parámetros introducidos por los usuarios y en las bases de datos con las que se alimentan los programas. No sólo es necesario saber introducir datos, se necesita saber qué datos son relevantes introducir, saber interpretar los resultados ofrecidos por las aplicaciones y finalmente, sintetizarlos en documentos de apoyo a la decisión, evitando informaciones no relevantes pero sin permitir obviar datos de interés para decidir.

Por otro lado, tanto la carga de datos como la información que de ellos se pueda extraer deben ser interoperables con los sistemas de información del campo de batalla aliados y con los sistemas de comunicaciones. Pero al igual que las herramientas de comunicaciones, los programas informáticos por complejos que sean facilitan la gestión de información, pero no su priorización por importancia ni la toma de decisiones, y, en el caso de Redes Amenaza, son la priorización y la toma de decisiones con relación a sus vulnerabilidades naturales o creadas por las acciones aliadas, la disrupción de sus actividades y la destrucción su capacidad de operar los tres parámetros fundamentales. Y de esta premisa inicial se partió para identificar los requisitos para enseñar bien a priorizar las informaciones y para enseñar bien como realizar una toma de decisiones racional o de menor grado de incertidumbre en áreas de una muy marcada componente humana, alejando la decisión en la medida de lo posible de toda componente intuitiva o aleatoria.

El primer paso que se tomó fue detectar si con el sistema de enseñanza hasta entonces se cubrían todas las necesidades de análisis identificadas, si era posible detectar alguna nueva necesidad no identificada hasta entonces, y, si los fallos en la enseñanza llevada a cabo hasta entonces, (de haberlos), ofrecían variaciones comunes o variaciones especiales. Se utilizaron parte de las ideas de William Edward Deming, padre del concepto de Calidad Total de Procesos, y se establecieron una serie de variaciones que dieron como resultado una ampliación de programas de enseñanza de Ataque a Redes sobre el que hasta entonces se venía desarrollando. De este modo se comenzó a definir la diferencia entre lo “actual” y “lo necesario para el futuro”.

De forma resumida, las variaciones especiales o asignables eran principalmente debidas a carencias de personal o de diseño de los canales de comunicación o de intercambios de información entre Cuarteles Generales y en los propios procedimientos internos de aquellos, lo que provocaba importantes retrasos más que en la toma de

decisiones, en la implementación o materialización de éstas. Ello supuso una nueva línea de investigación en la que las responsabilidades nacionales con respecto a la clasificación y cesión de la información superan con creces el objeto de este artículo. Por contra, aquellas variaciones debidas a fallos del propio procedimiento, (variaciones comunes), eran debidas a la selección de competencias a desarrollar y tareas a realizar en cada uno de los cursos, la selección de la audiencia de los cursos y finalmente, al empleo de múltiples productos de diversas fuentes en la toma de decisiones. Este último apartado daba lugar a que en toda decisión se multiplicaban y duplicaban las informaciones que con mínimas variaciones introducían un alto nivel de ruido informativo.

La primera deducción general es que las posibles carencias operativas en la toma de decisiones no sólo procederían de “qué” enseñar, sino también de cómo aplicar lo enseñado en el terreno puramente operativo. Una vez identificadas las variaciones, se hizo necesario establecer hasta qué punto estas variaciones restaban validez al sistema de enseñanza hasta entonces desarrollado. Ello supuso una nueva labor de investigación orientada a conocer con la mayor exactitud posible los programas de los cursos hasta entonces desarrollados, establecer los resultados a obtener de cada curso que se considerase adicional o redistribución de materias entre cursos de nueva creación y los ya establecidos, identificación de qué materias debieran ser incluidas en los currículos de los cursos a realizar, y finalmente, establecer la forma de evaluar los resultados de la enseñanza.

Por ambicioso que pudiera parecer la propuesta inicial de estudio, y sin haber comenzado con el detallado análisis correspondiente, el equipo responsable del proceso tenía muy presente que ni los contenidos de los cursos que se implementasen ni la calidad de éstos ofrecerían resultados tangibles si no se motivaba a los responsables de implementar los conocimientos obtenidos en los Cuarteles Generales y órganos de decisión. No se trataba de convencer a los usuarios y beneficiarios de las ventajas que los cursos ofrecerían, se trataba de que ellos mismos fueran impulsores de aquellos y partícipes de la consecución de los resultados que se obtuvieran.

Un primer paso a considerar eran aquellas exigencias o tareas determinadas por la OTAN (Organización del Tratado del Atlántico Norte, en adelante la Alianza), a ser cubiertas en la enseñanza del Ataque a Redes, a las que se añadieron algunas identificadas a lo largo del proceso hasta completar un total de ciento dos apartados diferenciados, y establecer similitudes entre los cursos existentes y determinar qué contenidos de cada uno de ellos no aportaban valor alguno al curso o hasta qué punto llegaban a inferir de forma negativa en las competencias supuestamente a desarrollar en cada curso. En este proceso se utilizaron inputs e interlocutores de áreas dispares pero todas ellas relacionadas con el Ataque a Redes como desarrollos técnicos industriales, inteligencia, vigilancia, reconocimiento, usuarios de bases de datos relacionados con el Ataque a Redes, información de combate, simuladores de combate y programas de simulación y modelación geoespacial.

El sistema de trabajo pudiera ser asimilado, (con ligeras variaciones por motivo de seguridad), al Círculo de Calidad. Este sistema de trabajo permitió al equipo responsable del proceso poner en contacto un gran conjunto de clientes internos cuya labor fue relevante en fases posteriores del diseño de los cursos. Pero además sirvió para identificar órganos y personal que de forma voluntaria se consideraban en condiciones de aportar ideas, (y en la gran mayoría de casos eran ideas novedosas y válidas), identificar cinco órganos de la Alianza relevantes en la gestión de conocimiento necesario para el diseño y desarrollo de currículos, identificación de una serie de requisitos legales para desarrollo de cursos de la Alianza no identificados inicialmente, identificar claramente el personal que actuaría como facilitador de los cursos una vez implementados, y quizás como más importante, identificar claramente cuáles eran las necesidades prioritarias de análisis del Ataque a Redes de aquellos directamente embebidos en ese tipo de tareas, lo que facilitó no perder de vista el objetivo final del proceso de análisis del problema, atendiendo por un lado a los clientes externos, (la Alianza en general y los Comandantes de las zonas de operaciones de teatros de guerra actuales y futuros en particular), y por otro a los clientes internos, encabezados por los analistas de tareas y organismos relacionados con el Ataque a las Redes.

Esta forma de trabajo supuso un esfuerzo suplementario en el plan inicial para poder atender a las recomendaciones y solicitudes recibidas puesto que la agilidad del correo electrónico facilitaba el acceso directo al equipo responsable del proceso, aún cuándo muchas de ellas eran reiteradas, pero igualmente facilitó y agilizó en gran medida la colaboración y concienciación por gran parte de la comunidad de Ataque a Redes de que algo nuevo se estaba moviendo en apoyo a su trabajo.

Las fuentes de propuestas e ideas estaban situadas en órganos de la Alianza y en organismos nacionales situados geográficamente en lugares tan dispares como Afganistán, Irak, EEUU, Reino Unido, España, Polonia o Australia por mencionar algunos. Esta colaboración y apertura informativa resultó ser un intangible que facilitó el apoyo a los cursos por parte de órganos relevantes de la Alianza.

Es necesario mencionar que aunque inicialmente el equipo responsable del proceso sólo constituiríamos un sensor más de la calidad del mismo, ya que el director de calidad era el Mando Aliado de Transformación, (en adelante ACT), lo cierto es que debido a ser el Ataque a Redes un área tan relevante como nueva en el ámbito militar, ACT delegó tal responsabilidad en el equipo responsable del proceso.

Si bien es cierto que ACT colaboró proporcionando su propia visión con dos expertos y veló por la permanente comunicación y colaboración de organizaciones y particulares relevantes para los procesos de enseñanza que pudieran modificarse o crearse como producto final del proceso de revisión de la enseñanza del Ataque a Redes, lo que eliminó no pocos frenos organizativos.

Este apoyo con personal de ACT fue fundamental, teniendo en cuenta que el equipo responsable del proceso de forma permanente, con ciertas variaciones según

determinadas fases del proceso, lo componían sólo una media de doce miembros de nacionalidades y organizaciones diferentes con dependencias orgánicas y funcionales muy variadas.

Aunque no fue impuesto por ACT, dadas las especiales connotaciones de los cursos a implementar relacionados con el ámbito puramente militar con unas doctrinas ya establecidas y unos procedimientos cuyas modificaciones pueden suponer inversiones millonarias, el equipo responsable del proceso tuvo en mente en todo momento dos limitaciones. La primera de ellas fue que los cursos que se estableciesen debieran tener en cuenta los diversos sistemas estructurados de los análisis de inteligencia con los que normalmente trabajan las áreas de inteligencia y operaciones de la práctica totalidad de países de la alianza, dadas las evidentes diferencias entre objetos de análisis y productos de representación de cada uno de ellos.

La segunda limitación a respetar de forma unánime fue que debieran identificarse áreas de trabajo o tareas que aun no siendo de tareas propias de Ataque a Redes, debieran analizarse si aún de forma tangencial pudieran enriquecer los currículos de los cursos que se pudieran desarrollar, dejando para posteriores fases, la necesidad de incluirlos definitivamente o no, y, en caso de ser incluidos, definir el detalle a llegar en su estudio el tiempo asignado en los currículos. Estas dos limitaciones pretendían que el sistema de enseñanza que se decidiese tuviese un valor reducido de variabilidad, dándole perdurabilidad y tiempo para detectar posibles nuevas variaciones comunes a modo de autocorrección del sistema.

Ahora bien, en busca de un producto de calidad, el equipo responsable del proceso estableció una cronología flexible de reuniones en la que las tomas de decisiones incluían un análisis sobre si estas reuniones habían cubierto el objetivo inicialmente propuesto, si eran susceptibles de mejora y la detección e identificación de errores durante la conducción de las mismas. Los resultados se aplicaban en la siguiente reunión con lo que la gestión de tiempo en la toma de decisiones se fue haciendo más eficiente a medida que avanzábamos en el proceso de diseño de cursos.

Las lecciones aprendidas de las reuniones del equipo fueron muchas, desde en las formas de representación en la que la combinación de diagramas de árbol con los de flujo de tareas fundamentales facilitaba detectar duplicidades en posibles contenidos, a las de priorización en las que combinar resultados de análisis multi-criterio con una estratificación exhaustiva, conducía de forma casi inevitable a una parálisis por análisis en el proceso durante los periodos inter-sesiones.

De todo el proceso inicial de definición del problema, y una vez identificados los objetivos de cada curso con sus tareas y competencias a desarrollar, los cursos se materializaron en una primera propuesta de cursos para el Ataque a Redes, enmarcados todos ellos en el Nivel Operacional de Planeamiento de las Operaciones, a saber:

1.1 Intelligence Fusion for Threat Networks Analysis, (IFTNA, Fusión de Inteligencia para el Análisis de Redes Amenaza)⁴⁷

Una definición rápida de este curso puede ser la búsqueda de modificación en los procesos de pensamiento con relación a la influencia de Redes Amenaza en las zonas de operaciones sobre el conjunto de la operación. Su objetivo principal estaría orientado al análisis del problema suscitado por la presencia de Redes Amenaza en zona de operaciones, especialmente aquellas que utilizan artefactos explosivos improvisados, (en adelante IEDs), y de esa forma poder orientar y definir la estrategia a seguir en el Ataque a las Redes Amenaza, apoyar a las Redes Amigas y finalmente influenciar a las Redes Neutrales.

Dado el liderazgo del personal de J5/G5, J2/G2 y J3/G3 durante la fase de estudio del ambiente operacional en el que se va a operar, el Curso IFTNA estaba especialmente diseñado, aunque no de forma exclusiva a Jefes de Sección o Células de Planes, de Inteligencia y de Operaciones de todo Cuartel General, independientemente del nivel de planeamiento en el que estuviese encuadrado, a personal relacionado con actividades de Inteligencia, reconocimiento, vigilancia, y en general con cualquier otro “facilitador” de la lucha contra las redes contemplado como tal en la publicación doctrinal conjunta aliada que define los principios de Ataque a las Redes. El listado de alumnos potenciales al Curso IFTNA incluía Jefes de Sección o Células de los Cuarteles Generales de Operaciones de Información, de Operaciones Psicológicas, de Targeting y de Cooperación Cívico Militar.

El curso no pretendía convertirse en un curso de mentalización o de aprendizaje de conceptos básicos, sino de adquisición de conocimientos para identificación del problema concreto generado por las Redes Amenaza en cada zona de operaciones como primer paso para poder atacarlas. No obstante es conveniente mencionar que esta modificación en los procesos de pensamiento facilitaba crear una visión común del problema del personal que compondría los futuros Cuarteles generales lo que facilitaría una más fácil y ágil cooperación interna en aquellos.

⁴⁷ Este curso, al igual que el curso AATP que se trata en el siguiente apartado, son cursos propios del sistema de Training de los EEUU, ya asentados y que llevan su propia dinámica de actualización. Las actividades y menciones relacionadas con estos dos cursos en este artículo lo son en el sentido de la adaptación de los mismos a las audiencias OTAN, por ser similares aunque no iguales los procedimientos, normativas, dependencias organizativas ni toma de decisiones en los ámbitos puramente estadounidenses y los de OTAN.

1.2 Advanced Analysis Tools and Procedures Course (AATP, Curso Avanzado de Herramientas y Procedimientos de Análisis)

De forma muy somera se podría definir como un curso de generación de productos de Inteligencia. Si el Curso IFTNA pretendía la definición del problema generado por las Redes Amenaza en zona de Operaciones y las estrategias a seguir para atacarlas, el Curso AATP proporcionaría, mediante la integración de datos de todo tipo de fuentes de inteligencia, un muy preciso análisis estructurado de todos esos datos generando una serie de documentos estandarizados con apoyo de herramientas informáticas de análisis de redes y de transferencia de datos, con la finalidad de perfeccionar los asesoramientos para la adecuada toma de decisiones en el ciclo de Targeting. La audiencia prevista a incluir en el Curso AATP se focalizó en el personal analista de Inteligencia o de aquellas otras Secciones o Células de los Cuarteles Generales asignados para el apoyo a las tareas de Inteligencia o que sirviesen como Oficiales de Enlace de cualquier otra área funcional en las Secciones de Inteligencia.

En este segundo curso, la experiencia y los amplios conocimientos de procedimientos estructurados de análisis de Inteligencia se convirtieron en un requisito fundamental para los posibles alumnos. Esta exigencia se hacía lógica dado que, aunque la Inteligencia es esencial en todo escenario de conflicto, en los escenarios en los que las Redes Amenaza están presentes, los procedimientos de Inteligencia se consideran prioritarios para poder alcanzar el objetivo final deseado del conjunto de la operación, lo que se denomina en el mundo militar como “INTEL Driven Operation”, siendo, precisamente los informes que alimentan la toma de decisiones en el ciclo de targeting los que tienen un especial valor. El Curso AATP debería ser el que enseñase a definir las vulnerabilidades de las redes, identificar los objetivos de alto valor de las mismas y establecer la documentación preceptiva del proceso de Targeting sobre las personas que componen las Redes Amenaza. No solo se diseñó para cubrir carencias detectadas en cuanto a análisis detallado de las Redes Amenaza en el ámbito OTAN como un todo, sino que el Curso AATP se diseñó para ser capaz de cubrir las necesidades de análisis de Redes Amenaza de las diferentes naciones de OTAN de forma independiente siendo además calificado como el curso verdaderamente facilitador de las “INTEL Driven Operations”.

1.3 Human Networks Analysis and targeting (HNAT, Análisis de Redes Humanas y el Targeting sobre ellas)

Este curso pretendería capacitar a los alumnos para las actividades de planeamiento, coordinación y sincronización de todas las Secciones o Células de los Cuarteles Generales, relevantes y presentes en la Mesa de Coordinación del Targeting a Nivel

Operacional y Táctico, en escenarios de operaciones con presencia de Redes Amenaza. Las capacidades a adquirir con el curso, pretendían integrar y sincronizar de una forma lo más sencilla posible las propuestas de las diferentes Secciones o Células de los Cuarteles Generales en la preparación de las Listas de Objetivos, (letales y no letales), con la finalidad de obtener los efectos deseados sobre las Redes Amenaza y en concordancia con los del conjunto de la Operación. Este curso pretendía ser el integrador de los conocimientos adquiridos en los anteriores a la hora de materializar las propuestas mediante el hilo conductor Problema-Información-Solución.

Es interesante mencionar en este punto, que el Curso HNAT fue el primero de los implementados de la serie de tres descrita. Esta teórica incongruencia estuvo motivada por ser la primera carencia ostensiblemente detectada en el proceso de Targeting del Ataque a Redes. De hecho, este Curso HNAT fue uno de los analizados como referencia para determinar las capacidades y habilidades que aportaba o si generaba distorsión del proceso lógico de enseñanza de lo sencillo a lo complejo, (puesto que conceptualmente hablando, es el más complejo de los tres cursos descritos), así como si debiera ser modificado o no.

El escrutinio al que fue sometido el contenido del Curso HNAT y las capacidades y habilidades aportadas por éste se vieron facilitadas en gran medida por la coincidencia del personal responsable del proceso, perteneciente al Centro de Excelencia de Lucha Contra Artefactos Explosivos Improvisados (C-IED COE), Organismo Militar Internacional, sito en la localidad madrileña de Hoyo de Manzanares, y del que España es Nación Marco. (Sponsor Nation)

2. IMPLEMENTACIÓN DE LAS PROPUESTAS

Generar cursos que cubran carencias operativas requiere en el marco de la Alianza una primera puesta en escena a modo de prueba con los denominados cursos piloto, (pilot courses en su denominación en lengua inglesa como idioma de trabajo de la Alianza). De los tres expuestos, solamente se utilizó ese sistema con el Curso HNAT. Ello fue debido a que la determinación de carencias en las capacidades operativas en el marco de la OTAN, requieren un estudio y aceptación por parte de las naciones de las propuestas que al respecto se generen, normalmente como fruto del proceso de lecciones aprendidas, si bien es cierto que la aceptación de la doctrina asociada que se genere y el grado de implementación a nivel nacional de las nuevas capacidades es responsabilidad puramente nacional.

El Concepto HNAT, aún por definir exactamente en el ámbito de la Alianza, requirió una primera gama de propuestas relativas a doctrina, entrenamiento, liderazgo de tareas, análisis presupuestario y asignación económica, etc... entre las que

se encontraba el citado curso, denominado de igual forma que el propio concepto. Las carencias detectadas durante el HNAT Pilot Course fueron parte de los indicadores de otras deficiencias en lo relativo a análisis y generación de productos de Inteligencia ad hoc que facilitasen su implementación y fueron lo que podríamos determinar como el “pistoletazo” de salida para la generación de los Cursos IFTNA y AATP en el seno de la Alianza, con contenidos extraídos de enseñanzas de Ataque a Redes de otros países, y en especial EEUU, país con el que el personal del C-IED COE estableció contactos directos. (EEUU es junto a otras siete, una de las Sponsor Nations del C-IED COE). En ese HNAT Pilot Course la audiencia fueron expertos de cada una de las materias a impartir dentro del currículum del curso.

Los periodos dedicados para discusiones y resolución de casos prácticos en el programa, una vez que se implementase, se emplearon para la detección de carencias, deficiencias y propuestas que las solucionasen mediante sistema de trabajo de “discusión guiada con grupo de expertos”, en los que el moderador de cada discusión era el experto de la materia de la que se hablase.

No se consideraron necesarios los IFTNA o AATP Pilot Courses porque con relación a ellos sólo se realizaron pequeñas modificaciones de adaptación de contenidos y sistemas USA, a los propios de OTAN para ajustarlos en la secuencia de cursos IFTNA-AATP-HNAT, aun siendo la base de definición del problema y solución técnica sobre la que se sustenta el mencionado HNAT, estando el primero claramente justificado en lo referente a motivación de su necesidad, (los contingentes de la Alianza han sufrido los efectos de las Redes Amenaza en toda su intensidad) y el segundo, porque el tipo y modelo de productos a generar, estando previamente estandarizados en los Cuarteles Generales en zonas de operaciones, se han demostrado adecuados para ser utilizados, siendo su más correcta confección en cuánto a “juicio de Inteligencia” lo que realmente se proponía como competencia y habilidad a desarrollar.

Apreciaciones de interés a realizar durante la generación e implementación de estos Cursos, (el HNAT Pilot Course en mayo de 2012 y el primer Curso HNAT en octubre de ese mismo año, y los Cursos IFTNA y AATP en septiembre y octubre de 2014), pueden ser las que a continuación se relacionan.

Los mencionados Cursos, fruto del proceso, se generaron de tal forma que las capacidades a desarrollar y habilidades a adquirir se consideraron como un sistema de sistemas, de tal forma que en el diseño se procuró evitar tensiones dentro del mismo, ya bien mediante una clara delimitación de contenidos, como de audiencias naturales de los mismos y hasta en el orden lógico de desarrollo.

Echando una mirada autocrítica hacia atrás, es muy posible que el haber creado un modelo hipotético detallado de contenidos para orientar la toma de decisiones, (el contenido básico del Curso HNAT), hizo presuponer al equipo responsable del proceso que la definición del problema y el análisis puramente técnico de Inteligencia se daba por alcanzado en los Cuarteles Generales y en las Naciones aliadas, cuándo de

hecho no era así. Diciéndolo de otro modo, la idea inicial y el interés de no salirnos del objetivo inicial nos hizo perder la oportunidad de mover los límites de estudio.

Ello trajo consigo tanto la tardanza en definir los contenidos de los Cursos IFTNA y AATP, como la teóricamente errónea secuenciación lógica de la puesta en práctica de los cursos para un observador ajeno al mundo militar. La racionalidad que desde un principio se aplicó en el proceso a la hora de determinar debilidades y puntos fuertes no contempló las posibles desviaciones producidas por intereses de índole cultural o de índole presupuestaria, puesto que la OTAN no deja de ser una alianza política de naciones soberanas. Las exigencias periféricas de la puesta en práctica de los cursos descritos en este artículo, ya bien financiación, instalaciones, implicación de órganos relevantes de OTAN, estructuración de Cuarteles Generales, etc... parecen bien encaminadas y orientadas, aunque no es posible determinar si ocurre lo mismo en el campo de los efectos en zona de operaciones ni en el funcionamiento, dados los cortos plazos de tiempo transcurridos desde la primera puesta en práctica de los Cursos IFTNA y AATP. Ello requerirá a partir de ahora establecer una serie de indicadores en zona de operaciones y en los propios Cuarteles Generales, en zonas de operaciones para establecer de forma fehaciente la bondad de los cursos generados y en los Cuarteles Generales, desplegados o no, para una más correcta comprensión de cómo cada una de las habilidades supuestamente proporcionadas por los cursos generados se interrelacionan de forma efectiva en el trabajo diario.

En este sentido, las disfunciones que pudieran aparecer deberán ser objeto de un nuevo estudio y análisis para ver si tienen su origen en el diseño de los cursos. Hay que tener en cuenta, que la calidad de los datos a usar en los análisis de Inteligencia influye directamente en la interpretación de los analistas, que generarán inputs que modificarán el marco sobre el que se basa la toma de decisiones, pero ¿es posible diferenciar las modificaciones generadas por el error de análisis de las generadas por la propia dinámica del ambiente que rodea toda toma de decisiones en la zona de operaciones, entendiendo esta como un sistema abierto?. Ello parece tornarse en tarea ímproba y muy probablemente ajena a la rentabilidad en cuánto a tiempo necesario para su análisis.

3. MEDICIÓN DE LA CALIDAD DEL PROCESO Y SUS CARENCIAS

La finalización de una misión de la Alianza la determina la consecución de la situación final deseada establecida de forma previa a la operación, y su medición se basa en una serie de criterios mediatizados por el nivel político de muchas naciones. Ahora bien, ¿cómo se mide la consecución de la situación final deseada respecto a las Redes Amenaza?. El proceso seguido para el diseño de los cursos incluidos en este artículo ofrece una serie de dificultades para valorar su validez que se mencionan a continuación. Primero, que los sistemas cuantitativos de medición de calidad están

ampliamente difundidos en el campo empresarial, a base de relación de beneficios ya bien en cantidades de producción, errores de producción por porcentajes, incrementos negativos del tiempo de producción, etc...y establecido mediante estadísticas claramente observables y medibles, y en sistemas de producción relativamente estables, (un ejemplo pueden ser los índices seguidos en el sistema 6^σ, Seis Sigma).

Pero en el campo militar la situación y el entorno de las redes cambian de forma permanente, tanto por la propia dinámica de las redes humanas, como los altos niveles de incertidumbre sobre su composición y funciones de sus actores y de la respuesta de aquellos a determinados inputs por parte de la Alianza, puesto que la dinámica de las Redes Amenaza pueden ser predecibles, pero la decisión tomada por cada uno de sus actores, (nodos), puede ser caótica. Un error en el análisis de comportamiento de un solo actor puede llevar al traste del análisis de toda la red, o lo que es peor, puede suponer la pérdida de vidas humanas. Estos errores son difíciles de corregir, puesto que la respuestas a acciones de la Alianza en ocasiones terminan en errores de análisis tipo “caja negra”, en la que se identifican las desviaciones sobre la respuesta hipotética del sistema pero es imposible determinar el origen de estas.

Segundo, el sistema de cursos está realmente orientado para su puesta en práctica sobre bases de datos corporativas, en la que la introducción de inputs y resultados de análisis sea inmediato, pero los Cuarteles Generales se establecen en base a determinadas áreas de trabajo con responsabilidades definidas, siendo el área de Inteligencia, por sus especiales connotaciones en cuanto a seguridad de tropas, la única función no establecida de forma plenamente combinada en OTAN.

Se evitan filtraciones pero se frena el flujo informativo. Esta disfunción tiene dos aspectos diferenciados, por un lado será difícil establecer hasta qué punto los errores que se puedan producir sobre el terreno son errores de diseño de los cursos o de la forma de funcionamiento interno de los Cuarteles Generales. Esta dificultad hará que pudiendo alcanzarse una plena satisfacción de los potenciales clientes, (Comandantes en zonas de operaciones), el proceso en sí no sea correcto, y, en sentido inverso, siendo bueno el proceso de generación de cursos, no se logre la satisfacción del cliente, más aún sin tener estándares previos establecidos y los que se puedan generar en cuánto a eficacia pueden ser más de carácter político que técnico o estadístico.

Y por otro, en el análisis SWOT interno del propio proceso, en caso de presentar determinadas carencias, éstas serán objeto de plena discreción, con lo que su corrección tiene una dificultad añadida. Es una necesidad Operativa que está en pugna con la revisión inmediata de la calidad. Tercero, el Ataque a Redes requiere un amplio número de analistas en todos los campos incluidos en los cursos Problema-Análisis-Solución, pero la relación Personal/Resultados nunca podrá ser una referencia de eficacia relativa a Consecución de Situación Final Deseada/Coste de Formación, es imposible racionalizar procesos cuándo el resultado final es el coste en vidas humanas, ni cuándo la posibilidad de coste de operaciones con relación a incremento de sensación de seguridad pudiera ser una posible opción. En términos generales se puede decir

que los cursos cubrían las necesidades y expectativas de los clientes, pero otro asunto completamente diferente es medir con certeza su eficiencia, eficacia y rentabilidad.

Dentro de la lógica militar, que no empresarial en cuanto a consecución de objetivos lógicamente, si se salva una sola vida, todo esfuerzo es rentable. Cuarto, muy probablemente los requerimientos de los clientes permanecerán en el tiempo, pero casi con toda seguridad, y en el tipo de escenarios que se están desarrollando en el terreno de los conflictos, los procedimientos de implementación de capacidades en el Ataque a Redes serán los verdaderos objetos de análisis de calidad.

Muy probablemente, las modificaciones en los procesos de la función Inteligencia serán las responsables de las ventajas operacionales en los espacios de batalla futuros, en los que el dicho militar de que “la buena Inteligencia no asegura una buena decisión, pero toda buena decisión está basada en una buena Inteligencia” cobrará su verdadero valor.

Quinto, la naturaleza, magnitud y complejidad de las Redes Amenaza influirá de forma creciente en las áreas de conflicto futuro, lo que se traducirá en una permanente revisión de los actuales cursos de Ataque a Redes. De hecho, entre la realización de los Cursos HNAT, IFTNA y AATP se ha detectado una carencia en cuanto a que los análisis derivados de los datos aportados para el mismo, tiene diferentes interpretaciones y calado en la toma de decisiones según el nivel en el que se enmarque en operaciones, es decir, el mismo producto tiene diferente sentido y connotación en el nivel Estratégico, Operacional o Táctico, (ver nota al pie de página número 7).

Ahora habrá que plantearse si es esta carencia detectada pese a los cursos objeto de este artículo lo son como resultado del propio proceso de diseño, (y por tanto baja calidad del mismo), o de la no adecuación de los análisis al Proceso de Planeamiento Operativo, (OPP), herramienta en la que se apoya todo planeamiento militar. Conocedor de primera mano del proceso de generación de estos cursos así como profesor de la materia OPP en el Departamento de Operaciones de la Escuela Superior de las Fuerzas Armadas, me atrevería a decir que realmente es el segundo de los mencionados el origen de esta carencia.

Los análisis se generan con todo tipo de informaciones, principalmente desde los escalones más bajos, (Tácticos), a los más altos, (Estratégico), siendo el escalón intermedio, (el Operacional), no sólo el traductor de las acciones en terreno a situación final deseada según los intereses de la Alianza, sino el que determinará los efectos a conseguir en el escenario según el diseño operacional que se haya decidido para llevar a buen término la campaña. Así pues habrá que entender que un mismo dato en el nivel Estratégico puede ser un indicio de cómo apoyar la misión, para el táctico puede suponer simplemente un objetivo más entre los muchos a batir, pero para el Operacional puede suponer un cambio completo de prioridades en la campaña.

El problema puede no ser del diseño de los cursos ni de la herramienta en sí, (OPP), sino que puede ser el encaje de ambos dependiendo de qué entorno operacional se

trate. Para explorar tal posibilidad, durante el XVI CEMFAS se han designado a dos alumnos del XVI Curso de Estado Mayor de las Fuerzas Armadas para investigar de forma expresa el encaje del Planeamiento de la lucha contra artefactos explosivos improvisados y de forma más específica el encaje del Planeamiento del ataque a las Redes Amenaza que los usan. Ellos aportarán datos sobre la calidad del proceso inicial, y, en caso necesario podrán ser parte del círculo de control de calidad en un futuro.

4. CONCLUSIONES SOBRE LA CALIDAD DEL PROCESO DESCRITO

En el ámbito militar de la Alianza, el control de calidad es un requisito en la cobertura de sus capacidades operacionales, el problema surge cuando se detectan carencias que relativas a áreas de conocimiento relativamente nuevas como puede ser el Ataque a Redes , en la que la cultura organizativa es tan propensa a la adaptación como a restringir las modificaciones de funciones de los diferentes componentes de las Células de los Cuarteles Generales.

Aún están pendientes de determinar los criterios de medición de calidad tras la plena implantación de los Cursos IFTNA, AATP y HNAT en el seno de la Alianza, aunque el primer paso será sin duda la colecta de datos de carácter cuantitativo relativos a detenciones, bajas enemigas, incremento de plazos de tiempo entre acciones enemigas, disminución de efectividad y coordinación de éstas, etc... pero en el Ataque a Redes Amenaza, deben incluirse valores relativos dependiendo de qué actor o función es eliminado de la red.

La importancia de un componente o función no es fruto del valor intrínseco de cada componente, sino de la influencia que ese actor o función tiene en el conjunto de actividades de la Red Amenaza en cuestión. Por ello es recomendable no basar el Ataque a Redes en la simple, aunque importante, superación de determinados cursos, sino que debe ser promovido el conocimiento de las Redes Amenaza desde su generación, a intereses compartidos o diferentes de otras redes presentes en zona de operaciones, así como a estar dispuesto a aprender de las ideas de otros agentes internos o externos a las propias organizaciones militares, en la que la presencia de personal de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, personal de investigación operativa y servicios de estadísticas, expertos en comunicación audiovisual y ciencias del comportamiento y analistas forenses y biométricos, pasando todos ellos a incrementar el núcleo de círculo de calidad en los procesos de enseñanza.

CAPÍTULO TERCERO

EJEMPLO DE CALIDAD EN SANIDAD. IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DE UN PLAN DE CALIDAD

Ana Isabel Sánchez Atrio

Doctora en Medicina - Profesora de la Universidad de Alcalá de Henares.

Vicepresidente del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid.

Resumen

La asistencia sanitaria no puede entenderse en el presente sin atender estrictamente a las normas de calidad, esto es una exigencia del ciudadano y un valor esencial. El profesional de sanidad debe estar capacitado, comprometido y motivado para cumplir con los objetivos de calidad, tanto en la asistencia, como en la docencia y organización de un Servicio o Sección hospitalario.

En este capítulo tomaremos como ejemplo la Sección de Reumatología del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, incluyendo un plan estratégico global de calidad para el mismo.

Palabras clave

Calidad, calidad percibida, sanidad, Reumatología, docencia, asistencia sanitaria.

Abstract

Health care can not be understood nowadays without strict quality standards. This is a demand of citizens as well as an essential value. Health professionals should be trained, committed and motivated to achieve the objectives of quality, both in healthcare and education as well as organization of a hospital service or Section.

In this chapter we will take as example the Section of Rheumatology of the University Hospital Prince of Asturias located in Alcalá de Henares, including an overall strategic plan for this Section.

Keywords

Quality, perceived quality, health, Rheumatology, teaching, healthcare.

Distribución del artículo

I. INTRODUCCIÓN.

I.1. Concepto de calidad.

I.2 La Calidad en el Hospital Príncipe de Asturias .(HUPA)

II. LA CALIDAD EN LA SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA DEL HUPA.

III. PLAN DE CALIDAD RELACIONADA CON LAS EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS: CALIDAD PERCIBIDA.

III.1. Gestión de reclamaciones.

III.2 Información a pacientes y a familiares.

III.3 Participación en las decisiones clínicas: Consentimiento Informado.

III.4 Encuestas de Satisfacción.

III.5 Accesibilidad, Gestión de la Lista de Espera.

1. Definición de Lista de Espera. (LE)

2. Problemática general de las Listas de Espera.

3. Estrategias de Actuación frente a las Listas de Espera.

3.A. Estrategias basadas en el control de la demanda.

3.B. Estrategias basadas en el incremento de la oferta.

- Incremento de los Recursos.

- Aumento de la Oferta.

III.6 Objetivos de calidad relacionados con los usuarios.

IV. CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA.

IV.1 Implantación de Protocolos.

IV.2 Objetivos de Calidad científico-técnica en las actividades asistenciales.

IV.3 La calidad en la gestión por procesos.

IV.4 Adecuación en utilización de medios diagnósticos.

1. Eliminar las pruebas innecesarias.

2. Mejorar el conocimiento y la evidencia científica sobre la validez de las pruebas diagnósticas promoviendo y fomentando la utilización de las guías existentes de uso adecuado de pruebas radiológicas.

IV.5 Desarrollo de protocolos sobre el uso de medicación específica.

1. Medicamentos biológicos.
2. Uso de Medicamentos fuera de indicaciones autorizadas.

V. PROYECTO DE CERTIFICACIÓN EN CALIDAD DE LA SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA.

VI. Calidad en la docencia.

VI.1 Definición y Competencias.

1. Perfil profesional.
 - 1.1 Competencias asistenciales.
 - 1.2 Competencias de gestión clínica y coordinación.
 - 1.3 Competencias en docencia e investigación.
2. Objetivos formativos.
 - 2.1 Objetivos generales.
 - 2.2 Objetivos vinculados a la investigación y docencia.
 - 2.3 Objetivos vinculados a otros conocimientos transversales.
 - 2.3.1 Formación en gestión clínica.
 - 2.3.1 Formación en Bioética, Ética asistencial y Deontología Profesional.
 - 2.3.2 Organización y legislación sanitaria.
3. Características generales del programa y esquema de formación específica en Reumatología.
4. Actividades científicas.
5. Evaluación del proceso docente y de resultados.

BIBLIOGRAFÍA.

I. INTRODUCCIÓN

I.1. Concepto de calidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la asistencia sanitaria debe “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del enfermo y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente por el proceso realizado”. En definitiva, la calidad asistencial es hacer lo correcto, (eficacia) con los recursos disponibles (eficiencia), aplicando los conocimientos científicos y la evidencia clínica, con los menores riesgos para el paciente. (seguridad)

La calidad es, hoy día, una exigencia ciudadana y un valor social. Además, es una variable estratégica de las organizaciones, instituciones y empresas, por la relación directa que existe, a partir de unos recursos dados, entre calidad y eficiencia. La mejora de la calidad y de la gestión clínica es otra de las grandes funciones de los servicios de salud, responsabilidad de los líderes y de los profesionales sanitarios.

Punto Clave: En todas las estrategias de gestión hospitalaria se incluye la calidad total como uno de sus pilares, entendida como la mejora continua en la asistencia.

La calidad asistencial es el resultado de dos componentes:

- a) Calidad objetiva o científico-técnica. Corresponde a la capacidad para resolver el problema de salud, motivo de la atención, aplicando los conocimientos científicos del momento y los medios tecnológicos de que se dispone.
- b) Calidad subjetiva o percibida. Refleja el nivel de satisfacción del enfermo y de sus familiares respecto a la asistencia recibida. Es el resultado de comparar sus expectativas y percepciones con la atención. Hay una buena calidad percibida cuando la respuesta a las expectativas es la esperada.

En la asistencia sanitaria, las dimensiones de la calidad se resumen en accesibilidad, equidad, satisfacción y calidad científico-técnica. Su sentido es el de la prevención (hacer las cosas bien desde el principio) y es dinámica y cambiante, puesto que se va adecuando a las demandas del enfermo y de la sociedad.

Punto Clave: Sólo se consiguen estos objetivos si todos los profesionales que participan en las actividades están comprometidos, motivados y capacitados.

I.2 La Calidad en el Hospital Príncipe de Asturias (HUPA)

La política de Calidad del Hospital asume los Objetivos corporativos de calidad marcados por la Dirección General de Calidad de la Consejería de Sanidad de la CAM. La principal tarea de los profesionales que trabajan en el HUPA es mantener y mejorar los niveles de calidad asistencial de los servicios que se prestan a la población de influencia.

Las referencias que constituyen las señas de identidad de nuestro Centro se han mantenido inalterables desde su apertura: la orientación de los servicios al ciudadano como eje central de todo el proceso asistencial, el cumplimiento de los objetivos institucionales de la Consejería, el compromiso con la calidad en la función docente y de fomento de la investigación, todo ello unido a una gestión eficiente de los recursos disponibles.

A lo cual habría que añadir la ubicación del profesional médico como eje de la función asistencial. La política de calidad del hospital atiende a los siguientes criterios:

1. La satisfacción de los ciudadanos con las prestaciones sanitarias.
2. Los objetivos asistenciales, docentes y de investigación.
3. Un nivel de servicio efectivo, realizado en el tiempo adecuado.

La Sección de Reumatología y el Jefe de Sección, en particular, estarán completamente identificados con la política de calidad establecida por la Dirección-Gerencia del HUPA, tal como aconsejan expertos en calidad con mayor reconocimiento de la actualidad.⁴⁸ Por otra parte el Hospital dispone de una Unidad de apoyo metodológico, denominada Unidad de Calidad.

La Unidad de Calidad del HUPA depende directamente de la Gerencia y es el instrumento necesario para impulsar y evaluar las acciones necesarias para mejorar la calidad y aumentar la seguridad y satisfacción del paciente.

Su misión es servir de soporte metodológico y facilitar el desarrollo de la Política de Calidad del Centro, tanto en el ámbito científico-técnico como de calidad percibida. Así pues, tiene en cuenta el punto de vista del paciente y el de los profesionales.

48 Salazar Castillo, J. M., Zarandona Azkuenaga, X. Análisis comparativo de las implicaciones organizativas de la calidad y la gestión del conocimiento. Comunicación en XIX Congreso anual y XV Congreso Hispano Francés de AEDEM. El comportamiento de la empresa ante entornos dinámicos. Vol. 2, 2007.

Los objetivos de la Unidad de Calidad del centro hospitalario, atendiendo a la política de calidad y directrices organizativas del Servicio Madrileño de Salud, son

- a) **Fomentar** la cultura de calidad de las personas que forman la organización.
- b) **Cohesionar** la práctica asistencial de toda la organización en torno a estándares, teniendo como referente la excelencia y la calidad total.
- c) **Propiciar** la orientación al ciudadano: Comité de Calidad Percibida.
- d) **Promocionar** prácticas seguras a través de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos.

Para ello, la Unidad ha diseñado y ha puesto en marcha una amplia cartera de servicios con intención de dar soporte a la consecución no tan solo de los objetivos de la Unidad sino también a los objetivos del centro hospitalario. Estas actividades operativas se resumen en, actividades:

- I. De **seguimiento**:
 - I. Seguimiento de los aspectos de calidad del Contrato de Gestión a través de los pactos de objetivos y medición de indicadores.
 - II. Seguimiento de la Comisiones Clínicas, de Enfermería y Comités.
2. De **comunicación**: entre el HUPA y la Dirección General de Atención al Paciente,
3. De **asesoría**: en el diseño de estrategias dirigidas a la implantación de sistemas de gestión de la calidad en los diferentes servicios.
4. De **estudios**: realización de estudios de percepción a clientes internos (profesionales) y externos (pacientes).
5. De **normalización**: confección y seguimiento de indicadores y diseño de cuadros de mando.
6. De **metodología**: autoevaluaciones periódicas.
7. De **coordinación**:
 - I. Coordinación del voluntariado
 - II. Coordinación de la Unidad Funcional de la Gestión de Riesgos

II. LA CALIDAD EN LA SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA DEL HUPA

El objetivo primordial de la Sección de Reumatología, es el del cuidado de la salud integral científicamente correcto, en el ámbito de la especialidad, del enfermo reumático y la atención del paciente con sospechas reumáticas. Aquí se deben incluir, también, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, , la educación sanitaria y la educación para la salud. La política de calidad de la Sección de Reumatología se integra en el plan institucional de Política de calidad del HUPA la cual debe entenderse dentro de la visión del Servicio Madrileño de Salud.

Dentro de este marco y como consecuencia de un proceso de retroalimentación, la Sección de Reumatología asume como propios los compromisos de calidad del Servicio Madrileño de Salud y los del Hospital, y más allá del cumplimiento, se compromete con la cultura de calidad del centro y con su mejora. Una de las misiones principales del Jefe de sección de Reumatología será hacer partícipes de esa cultura a todos los miembros, para lo que se contará con varias herramientas fundamentales: la motivación, la participación, los protocolos y las sesiones clínicas administrativas y de control de calidad.

La sección cuenta con la asesoría metodológica de la Unidad de Calidad del Centro para las acciones relacionadas con la calidad, basa sus actuaciones en las estructuras y procedimientos existentes, y participa activamente en su implantación promoviendo la participación de sus miembros en las Comisiones y Comités dependientes de la misma.

Junto con todo esto, la sección tiene su propio programa de calidad que se concrete en cada área de actuación, definiendo para cada una de ellas objetivos generales e indicadores de estructura, proceso y resultados que permitan controlar para cada una de ellas su grado de implantación y de cumplimiento, y realizar acciones de mejora continua.

III. PLAN DE CALIDAD RELACIONADA CON LAS EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS: CALIDAD PERCIBIDA

III.I. Gestión de reclamaciones

La sociedad actual nos exige unos servicios sanitarios cada vez mejores y capaces de responder a sus necesidades, obteniendo los mejores resultados posibles. Las

expectativas de los ciudadanos respecto a los Servicios sanitarios han aumentado de manera notable por el incremento del nivel educativo de nuestra sociedad, por la mejor y mayor cobertura de los temas sanitarios en los medios de comunicación y por la mayor importancia que los temas sanitarios tienen en la agenda de los políticos con el reconocimiento de que la política sanitaria puede tener un impacto positivo o negativo a nivel electoral. Los temas relativos a la salud individual y colectiva constituyen una prioridad de primer orden para todos los ciudadanos.

En este sentido la evaluación de la opinión y el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios constituye un factor crítico de éxito para su mejora y adecuación.

Mejorar la calidad percibida de la asistencia sanitaria que proporcionamos a los ciudadanos es uno de los de los objetivos institucionales del Servicio Madrileño de Salud y por tanto es también un objetivo del HUPA y un objetivo de especial importancia para el Jefe de Sección de Reumatología y para todos los facultativos de la Sección.

Para medir la calidad percibida tenemos medidas denominadas “directas” que son, fundamentalmente, las encuestas de satisfacción y medidas indirectas que son, básicamente, las reclamaciones. Estas reclamaciones son una herramienta fundamental para conocer la opinión de los ciudadanos sobre nuestros servicios y desarrollar las acciones necesarias para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

El índice de reclamaciones es la relación existente entre el número de reclamaciones formuladas por los ciudadanos y la actividad, expresado en número de reclamaciones/10.000 actos asistenciales. En el año 2013 el índice de reclamaciones en los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud en su conjunto ha sido de 29.49 y en el HUPA en particular ha sido de 22.90.

En cuanto a las Reclamaciones, como medida específica de calidad percibida, la Sección de Reumatología asume los siguientes compromisos en este Proyecto Técnico de Gestión:

- a) El Jefe de Sección, por indicación del Jefe de Servicio, contesta personalmente todas las reclamaciones que se produzcan a la Sección de Reumatología. En el caso de que la reclamación esté directamente relacionada con un facultativo o con cualquier otro miembro de la Sección, la reclamación se pone en conocimiento del facultativo involucrado y la contestación se elaborará entre ambos.
- b) La contestación y resolución de todas las reclamaciones se hace por escrito y en un plazo inferior a una semana.
- c) La Sección de Reumatología se compromete a tener un índice de reclamaciones inferior a 15.

Las medidas anteriormente enunciadas tendrán efecto de forma inmediata sólo se consiguen objetivos de calidad si todos los profesionales que participan en las actividades están comprometidos, motivados y capacitados por lo que se promoverá, desde la Jefatura de Sección, una política activa de formación en calidad para todos los miembros de la Sección.⁴⁹

III.2 Información a pacientes y a familiares

El modelo asistencial en la medicina moderna se basa en el máximo respeto por la dignidad de la persona y la libertad individual. Los pacientes no son receptores pasivos de asistencia y servicios sanitarios si no que están dotados de autonomía y, por tanto, competencia y capacidad de decisión. La información clínica es una parte esencial de la relación médico-paciente. El derecho a la información es un derecho del paciente reconocido en nuestra legislación (Ley 41/2002 Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica) y en otros documentos de referencia en cuanto a derechos de los pacientes como el Convenio de Oviedo (Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina).⁵⁰

La información clínica debe ser, como norma general, verbal, comprensible, veraz y adecuada y debe entenderse como un proceso continuo lo que permite adaptarse a las circunstancias personales de cada paciente y a cada momento del proceso asistencial. El facultativo responsable del paciente es el que tiene el deber de información hacia el paciente y sus familiares.

Las actuaciones en el ámbito de la información a pacientes y familiares las clasificamos en las que se llevan a cabo en el área de hospitalización y las que se llevan a cabo en el área de consultas externas.

En el Área de hospitalización:

1. El primer día de ingreso del paciente el facultativo responsable se identificará con nombre y apellido así como la enfermera de planta y el médico o los médicos residentes si los hubiera.

49 Jiménez Jiménez, J. Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos. 2º Edi. Díaz de Santos. 2000.

50 Domínguez Luelmo, A. Derecho Sanitario y responsabilidad médica. 2ª Edi. Editorial Lex Nova. 2007.

2. La información diaria a pacientes ingresados se realizará en el pase de visita de la forma más adecuada a las circunstancias del paciente y según el criterio del facultativo responsable del paciente, atendiendo a los principios generales relativos a la información clínica y al derecho de los pacientes de información ya especificados en el apartado anterior.
3. La información a familiares se hará en un despacho habilitado para esta función (que puede ser compartido por otros Servicios y puede ser multifuncional en otros horarios). La información a familiares de pacientes ingresados se realizará respetando la norma de la planta y por tanto se hará a las 13.30 h.
4. Cuando el familiar, por motivos justificados, no pueda acudir a recibir información en dicho horario, se le informará en otro momento respetando los tiempos de trabajo en la planta de los facultativos y el personal de enfermería.
5. Todos los pacientes ingresados tendrán un facultativo responsable que será el mismo durante todo su ingreso y será el encargado de facilitar la información clínica. Las excepciones a esta norma serán únicamente las inevitables por motivo de enfermedad del facultativo, vacaciones, etc.
6. Siempre que se vaya a hacer una prueba invasiva como por ejemplo: artrocentesis, biopsia sinovial con aguja de Parker, biopsia de grasa abdominal o de glándula salival, toracocentesis, biopsia de arteria temporal, músculo o nervio, se recabará el consentimiento del paciente mediante la firma de un Documento de Consentimiento Informado tras la preceptiva información verbal.
7. En caso de no ser el mismo facultativo el que solicita la prueba que el que la realiza, será necesario la información por parte de ambos facultativos. La información relativa al procedimiento y sus posibles complicaciones recaerá fundamentalmente en el facultativo que realiza la intervención, mientras que la información relativa a la necesidad e indicación de la prueba y la descripción somera del procedimiento recaerá en el médico responsable de planta.
8. Todos los pacientes se irán con informe clínico al alta de la planta y con la preceptiva carpeta de alta. Si el paciente precisa una cita de revisión tras el alta en la Consulta de Reumatología se adjuntará con el informe de alta.

En el área de Consultas externas

1. El facultativo informará al paciente sobre su proceso en el momento de la consulta haciendo especial hincapié en la sospecha diagnóstica, las pruebas complementarias que solicita y en el caso de que prescriba un tratamiento sobre la duración y características del mismo.

En las Consultas “personalizadas” que serán, algunas de ellas, Consultas Monográficas y las que se pasan en el Hospital en pacientes con patología relevante será el médico responsable el encargado de facilitar la información clínica a pacientes y familiares.

En todas las Consultas que se pasen en Reumatología incluyendo en el CIDT Francisco Díaz se utilizarán los recursos informáticos necesarios (actualmente hp-Doctor) para realizar el informe clínico de Consultas.

III.3 Participación en las decisiones clínicas: Consentimiento Informado

El Consentimiento informado es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente para que tenga lugar un procedimiento manifestada en pleno uso de sus facultades mentales y después de que haya tenido lugar una información adecuada (Ley 41/2002, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de Información).⁵¹

Cuando se realizan procedimientos invasivos diagnósticos o terapéuticos, o se aplican procedimientos diagnósticos o terapéuticos que pueden suponer riesgos de notoria y previsible repercusión sobre la salud del paciente es preceptivo y necesario complementar la información verbal con la lectura y firma de un documento de Consentimiento informado cuyo objetivo es asegurar que se ha realizado una información correcta y que se ha respetado la decisión libre y voluntaria del paciente. Todo ello encaminado a que el paciente entienda los riesgos a los que se somete y pueda decidir sobre ello, siendo aplicable a la Reumatología,⁵² sin ningún género de duda.

El deber de Consentimiento Informado es más que un criterio aplicable a la Lex Artis, de tal forma que su omisión de este deber genera imputación de responsabilidad por parte del facultativo. Falta de consentimiento explícito y suficiente tal como obliga la ley 41/2002 puede además significar no justificación del proceso asistencial.

De tal forma que la Sentencia nº 147/2013 del Juzgado de lo Penal nº 17 de Madrid, manifiesta: “La consecuencia que los tres peritos ligan a la inexistencia de motivos conocidos para la práctica de la histerectomía es que no existió en el caso de Autos un consentimiento informado que pueda estimarse válido, sin que lo sea, tal y como dijo el Dr. Clerigué, la mera firma por el enfermo de la hoja de la clínica”.

Este sentido la Sentencia 147/2013, en su punto TERCERO.-El Ministerio Fiscal y la acusación particular de los Fundamentos Jurídicos, nos dice: “El consentimiento requiere especificar cuál es el procedimiento que se va a emplear y cuáles los objetivos, la duración prevista para la intervención o el tratamiento así como los riesgos típicos y

51 Méndez Baiges, V. Silveira Gorski, H. Bioética y Derecho. Editorial UOC 2007.

52 García Millan, A. La información al Paciente como pieza clave de la Calidad Asistencial. Rev Clin Med Fam v.2 n. 6. feb. 2009.

atípico ya las alternativas diagnósticas y terapéuticas”. Así pues, no debe entenderse el Consentimiento Informado como un documento sino como la acción que el paciente ejerce al manifestar su voluntad de ser sometido a un prueba o a un tratamiento una vez haya recibido la información suficiente para poder tomarla.⁵³

En la Sección de Reumatología existen Documentos de Consentimiento Informado específicos para las siguientes pruebas:

- Artrocentesis e infiltración intraarticular.
- Biopsia de Arteria Temporal.
- Biopsia muscular.
- Biopsia grasa abdominal.
- Biopsia de glándula salival.
- Pruebas no realizadas por la Sección de ESI/Reumatología: técnicas de imagen, endoscopia, etc.

III.4 Encuestas de Satisfacción

Actualmente no se facilitan encuestas de satisfacción específicas sobre la atención recibida en la Sección de Reumatología a los usuarios. Se realizarán encuestas de satisfacción, que evaluarán la calidad percibida por los usuarios en las áreas de Hospitalización, Consultas y Hospital de Día. Esta iniciativa se pondrá en marcha a través del Responsable de Calidad y dentro de las acciones que elabora la Comisión de Calidad del HUPA.

⁵³ Guix Oliver, J. Balaña Fort, LL. Carbonell Riera, J. M.. Simón Pérez, R. Surroca Macià, RM. Nualart Berbel, L. Cumplimiento y percepción del Consentimiento informado en un sector sanitario de Cataluña. Rev. Esp. Salud Publica v. 73 n. 6 Madrid nov./dic. 1999.

III.5 Accesibilidad, Gestión de la Lista de Espera

1. Definición de Lista de Espera (LE)

Podemos definir la Lista de Espera (LE) como el registro de pacientes que precisan una determinada prestación a la que el sistema sanitario no puede dar respuesta de forma simultánea a su prescripción.

Las LE son el producto entre el desbalance entre la oferta de servicios, la capacidad productiva y la demanda de los mismos sin olvidar los factores importantes que pueden influir en este desbalance como la gestión de los recursos, la oferta tecnológica y la organización de los servicios sanitarios.

Punto Clave: La planificación de la demanda y la gestión eficiente de la oferta y los recursos para la prestación de servicio son una obligación de primer orden para el Jefe de la Sección de Reumatología para conseguir resultados adecuados en Lista de Espera.

2. Problemática general de las Listas de Espera

En España la Ley General de Sanidad y la Ley de Cohesión y Calidad garantizan a los ciudadanos, de manera universal y equitativa, el derecho a la asistencia sanitaria. En los últimos años la asistencia sanitaria ha adquirido, de forma progresiva, unos niveles de complejidad cada vez mayores, tanto en el ámbito de la atención primaria como de la especializada. Las exigencias de la población son cada vez más importantes y los estándares sanitarios han aumentado en todos los aspectos.

Los problemas que se derivan de las siempre crecientes necesidades asistenciales, frente a unos recursos sanitarios necesariamente limitados y la existencia de llamativas listas de espera, gravitan sobre la gestión sanitaria en cualquiera de sus ámbitos. Esto ha llevado a que se hayan promovido, desde diferentes instancias, iniciativas legislativas muy diversas, en un intento de limitar los tiempos máximos de espera de los pacientes en unos intervalos que oscilen entre lo deseable y lo razonable.

Obviamente, aun no se ha encontrado un modelo ideal que pueda aplicarse a todos los casos y a todas las estructuras aunque constantemente aparecen nuevas ideas que tratan de mejorar los modelos tradicionales.

Unos de los principales problemas con los que se enfrentan los gestores y los administradores sanitarios es el de la distribución de los medios disponibles, y muy en

especial el de la asignación de los recursos humanos. El coste de la asistencia sanitaria no ha cesado de aumentar en los últimos años, sobre todo y más marcadamente, en los países desarrollados.

La lista de espera es un indicador de medida de los resultados en salud de las organizaciones sanitarias. Una lista de espera con unos tiempos de demora adecuados a las necesidades clínicas y sociales de los pacientes es un indicador de buenos resultados y una exigencia ciudadana.

La evidencia disponible demuestra que la existencia de la LE tiene una causa multifactorial, y por tanto las estrategias centradas en uno o algunos de los factores que aisladamente influyen en su génesis o mantenimiento tienen un impacto limitado.

Entre estos factores múltiples que intervienen en la generación de las lista de espera destacan los siguientes:

- Disponibilidad de recursos humanos.⁵⁴
- Sistema de retribución.
- Tecnología disponible.
- Infraestructuras existentes.
- Demanda asistencial.
- Expectativa de los pacientes.
- Buena coordinación entre niveles de asistencia.
- Organización de los cuidados.

Las listas de espera están presentes en gran parte de los países europeos de nuestro entorno, a pesar de que en Europa coexisten diferentes modelos sanitarios con diferentes sistemas de organización, financiación y provisión de servicios y por lo tanto es un problema común a nivel de todos los sistemas sanitarios públicos en nuestro entorno de desarrollo.

Punto Clave: En la Comunidad de Madrid el Plan de Calidad 2002 recoge la regulación de tiempos máximos de demora para LE quirúrgica, consultas y pruebas diagnósticas. Se considera Objetivo institucional de la Consejería una demora menor a 40 días tanto en atención de primera consulta en Atención especializada como

54 “En el Reino Unido, la falta de personal de enfermería competente ha sido un factor importante en la imposibilidad de los hospitales de agudos para reducir listas de espera de cirugía electiva”. (MERCADOS PLANIFICADOS Y COMPETENCIA PÚBLICA. Reformas estratégicas en los sistemas sanitarios de los Países del Norte de Europa. Richard B. Saltman/Casten von Otter. Madrid, 1994) Página 106.

en pruebas de diagnóstico. Este Proyecto Técnico de Gestión para la provisión de la plaza de Jefe de Sección de Reumatología está plenamente comprometido con este objetivo. No obstante creemos que para ofrecer una atención de excelencia y de máxima calidad en el ámbito de la Reumatología estas demoras debieran ser inferiores a 30 días para procesos no preferentes, máximo 7 días procesos preferentes, tanto en lo que respecta a la atención de primeras consultas en pacientes derivados tanto desde Atención Primaria, Servicio de Urgencias u otros Servicios de Atención especializada, como en la realización de pruebas de diagnóstico solicitadas por los reumatólogos de la Sección.

3. Estrategias de actuación frente a las Listas de Espera

De forma general las estrategias de actuación frente a las listas de espera se pueden abordar desde varios puntos de vista y, de hecho, para afrontar con rigor y seriedad este problema hacen falta un conjunto de medidas que incidan en varios de los factores y mecanismos que generan estas listas de espera. No obstante hay que tener en cuenta que el crecimiento de la demanda y de las expectativas sociales es exponencial y la oferta de recursos será siempre limitada por lo que siempre tendremos un problema de “tensión” entre oferta y demanda en el que va a ser un factor clave el establecimiento de las adecuadas prioridades.

Para los pacientes, una vez iniciado el proceso de prestación de cuidados, los tiempos de demora se convierten en elementos de ansiedad o temor ante posibles complicaciones o mala evolución de la enfermedad por retrasos en el proceso de diagnóstico o tratamiento.

Punto clave: La mejor gestión de los recursos humanos y tecnológicos encaminada a una mayor productividad no es una medida que no tenga “techo”. Las listas de espera no pueden abordarse estrictamente en términos numéricos si queremos utilizar herramientas de gestión clínica y proporcionar la mejor atención posible al ciudadano.

3.A. Estrategias basadas en el control de la demanda

- A. Medidas encaminadas a mejorar el conocimiento del paciente de su enfermedad mediante la entrega de hojas de información en los procesos más frecuentes que generan pruebas de diagnóstico que tienen LE en la Sección de Reumatología tanto en las Consultas del Hospital como en las consultas del CIDT Francisco Díaz. En concreto en patologías de alta

prevalencia en la población general como es osteoartrosis, osteoporosis, patologías de partes blandas y fibromialgia.

- B. Crear un grupo de trabajo mixto entre reumatólogos y médicos de Atención Primaria con un calendario específico para la implantación de Protocolos de Actuación consensuados con Atención Primaria en las Patologías más prevalentes para generar unos criterios de derivación homogéneos. Esta medida pretende evitar la existencia de variabilidad en la práctica clínica que conduce a derivaciones a Reumatología innecesarias, indicaciones inapropiadas de pruebas de diagnóstico y tratamientos no justificados que generan un gasto innecesario.

Punto Clave: La monitorización del trabajo clínico con indicadores de adecuación a la evidencia (protocolos, guías o vías clínicas) tiene un papel trascendental en la mejora de la calidad asistencial y en los resultados de los tiempos de demora.

- C. Creación de un grupo de control de lista de espera multidisciplinar, incluyendo Dirección de Continuidad Asistencial, Servicio de Admisión y Servicios implicados en Patología de Aparato Locomotor. Dicho grupo valorará de forma periódica las solicitudes de derivación de pacientes desde Atención Primaria, para evitar dobles citas, comprobar que cada paciente se derive al Servicio recomendado (según protocolo) y gestionar de una forma más eficiente las agendas de cada Servicio.
- D. Crear la figura del especialista Consultor en Reumatología con la intención de permitir un acceso ágil y rápido entre Atención Primaria y Atención Especializada para la resolución de problemas clínicos sencillos que puedan evitar derivaciones que se pueden solucionar de manera más eficiente. Así mismo el Especialista Consultor permitiría el conocimiento inmediato de algún paciente con síntomas de especial gravedad (artritis aguda o subaguda, síntomas sospechosos de patología autoinmune) permitiendo tomar rápidamente las medidas más apropiadas de atención al paciente en los tiempos adecuados (derivación al Servicio de Urgencias, cita preferente en menos de 1 semana en la Consulta de Reumatología).

3.B. Estrategias basadas en el incremento de la oferta

Incremento de los Recursos

El incremento de los recursos es una medida que debe aplicarse una vez analizadas las razones de la lista de espera en un Servicio Clínico, en el sentido de que la mayor dotación de recursos no soluciona problemas organizativos sino tan solo de recursos, un Servicio Clínico mal organizado con más recursos no se organiza mejor de forma automática, muy al contrario, el caos crece al haber más personas generadoras de él. Una mayor dotación de recursos mejora la espera en la prestación del servicio cuando esta dotación se ubica en los puntos necesarios o cuellos de botella. Por lo general cuando en sanidad pública se incrementan los recursos se genera más demanda.

Aumento de la Oferta

Aumentar la oferta se puede hacer de dos formas. Aumento de la oferta de recursos para atender un mismo servicio o producto, por ejemplo, incrementar las consultas en donde se realizan ortoscopias, en cuyo caso es muy posible que se reduzca la espera de las pacientes que tienen pendiente esta prueba diagnóstica o técnica terapéutica. Aumentar la oferta también puede significar incrementar los productos o los servicios que presta una determinada Unidad Clínica, con dos objetivos posibles, atender una demanda no atendida o bien atender mejor la demanda existente y mediante la especialización pretender la no acumulación de pacientes en donde se genera lista de espera. Esta medida presenta muchas incógnitas y, salvo excepciones, suele generar más lista de espera.

Finalmente sería necesario establecer criterios cualitativos de prioridad en función de criterios clínicos tanto en Consultas como en Pruebas Complementarias. Actualmente se revisan periódicamente las solicitudes de Interconsulta preferente que llegan desde Atención Primaria.

III.6 Objetivos de calidad relacionados con los usuarios

Como ya hemos insistido reiteradamente la totalidad de los miembros de la organización están implicados en estos objetivos relacionados con la calidad asistencial percibida. Se llevan a cabo acciones para aumentar la satisfacción de los usuarios y lograr sus expectativas, que contemplan los siguientes aspectos:

- Tiempos de espera adecuados y forma de acceso de los pacientes a la atención sanitaria lo más sencilla posible.

- Trato correcto de todo el personal sanitario al paciente y a sus familiares.
- Participación del paciente en la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento y los cuidados.
- Información a pacientes y familiares, precisa, con discreción y respeto a su intimidad.
- Procurar mejorar la confortabilidad para los pacientes.
- Promover la confianza en la cualificación de todo el personal sanitario.
- Extremar el cuidado del aspecto e imagen de la Sección y sus dependencias.
- Mejora del plan de información a enfermos y familiares cuidando la disposición de carteles, así como la habilitación de espacio para la información clínica personalizada.
- Utilización y ampliación de documentos de consentimiento informado.
- Recetas entregadas a pacientes al alta y en consulta.
- Realizar encuesta a enfermos, familiares y a profesionales, en colaboración con la Comisión de Calidad.
- Disminuir el número de reclamaciones presentadas.

IV. CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA

La dimensión de la Calidad Científico-Técnica es fundamental en la medicina del siglo XXI. La Medicina Basada en la Evidencia consiste en el uso consciente, explícito y juicioso de la mayor evidencia existente en la toma de decisiones en la atención a los pacientes individuales. Pautas de actuación basadas en la rutina o en la opinión no respaldada por pruebas científicas son hoy inaceptables. El crecimiento constante del gasto sanitario no siempre asociado a mejoras en salud, la variabilidad constatada en la práctica clínica y la incertidumbre sobre el impacto real sobre la salud de muchas de las prácticas médicas ha sido determinante en el interés y el desarrollo de la medicina basada en la Evidencia.

Evitar la práctica clínica inapropiada mediante el establecimiento y adopción de estándares de uso apropiado y guías de práctica clínica rigurosas es hoy un imperativo ético de primer orden, además de la piedra angular de la gestión clínica. El foco de mayor interés de la MBE son los resultados de la práctica clínica, el efecto observado en los pacientes a través de la investigación empírica.

La calidad científico técnica de la actividad asistencial se mide en términos de seguridad, efectividad y eficiencia. La eficiencia incorpora el consumo de recursos asociados al uso (costes) y resultados (coste-efectividad) de las intervenciones y tecnologías médicas. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un *conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes.*

En este apartado nos ocuparemos de la implantación de protocolos en la Sección de Reumatología y en la Calidad Científico-Técnica de la actividad asistencial. La calidad científico técnica de la actividad Docente e investigadora se tratarán en el apartado siguiente. (Docencia, Innovación e Investigación)

IV.1 Implantación de Protocolos

Actualmente en la Sección de Reumatología se siguen de forma general las Guías nacionales e internacionales de diagnóstico y tratamiento, y existe una sensibilidad por parte de todos para trabajar en el marco de la Medicina basada en la Evidencia, aunque la complejidad de algunos pacientes, y la no existencia de literatura específica sobre determinados casos, hace que se trabaje según experiencia y *Lex artis*.

En este Proyecto de Gestión se considera de vital importancia trabajar a través de Protocolos en las patologías de mayor prevalencia, de cara a homogeneizar criterios de actuación y evitar, en la medida de lo posible, la variabilidad en la práctica clínica.

La Sociedad Española de Reumatología elabora unos documentos disponibles para todos sus miembros en forma de Guías de Práctica Clínica, Consensos Nacionales, Normativas y Manuales de Procedimientos que son de gran ayuda para elaborar protocolos de actuación. La Sección de Reumatología, articulará las medidas que garanticen la puesta en marcha de guías y protocolos de actuación definidos, explicitando las acciones a desarrollar para asegurar su cumplimiento. Se analizarán de forma continuada las actividades y circuitos implicados en los procesos asistenciales y se pondrán elementos de mejora, que deben ser evaluados en términos de resultados.

De acuerdo con las Guías Nacionales e Internacionales este Proyecto Técnico de Gestión contempla la elaboración de los siguientes protocolos de actuación en el ámbito del Hospital:

- Protocolo manejo de monoartritis aguda.
- Protocolo de profilaxis y tratamiento de osteoporosis secundaria.
- Protocolo de diagnóstico y seguimiento del paciente con enfermedad autoinmune.

- Protocolo manejo de pacientes en tratamiento con biológicos.

Además, y a través de un grupo de Trabajo con Atención Primaria, se realizarán los siguientes protocolos:

- Protocolo diagnóstico precoz de artritis de inicio.
- Protocolo diagnóstico precoz de espondiloartritis.
- Protocolo hombro doloroso.
- Protocolo lumbalgia.
- Diagnóstico y tratamiento de osteoporosis.
- Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de osteoartrosis.

IV.2 Objetivos de Calidad científico-técnica en las actividades asistenciales

1. Demora de la atención en pruebas y consultas dentro de los estándares

Definición del médico responsable de cada enfermo en todos los casos.

Estancia media de los principales GRD dentro de los estándares del grupo de hospitales.

Mortalidad en hospitalización menor del 1%.

Informe de alta de hospitalización y de la atención en régimen ambulatorio en el 100% de los casos.

Informe de alta de hospitalización en el momento de producirse.

Recogida del CMBD en todos los informes.

Codificación completa de diagnósticos y procedimientos en los informes de alta.

Registro de complicaciones de todas las pruebas invasivas o con riesgo para el paciente.

Los partes interconsulta no urgentes se contestarán dentro de las primeras 24 horas desde el momento de su solicitud.

Desarrollo de protocolos de manejo conjunto y derivación con atención primaria para los problemas más prevalentes en el plazo de 18 meses.

Planificación anual de la agenda de consultas y pruebas diagnósticas

Se redactará un “Manual de la Sección de Reumatología” que incluirá el organigrama

de la unidad, la cartera de servicios, la disposición física de la unidad y sus recursos estructurales y de equipamiento; los procesos; los criterios de inclusión de pacientes; los instrumentos de coordinación asistencial entre las unidades y con otros servicios de la red asistencial; protocolos y guías; las líneas de responsabilidad en cada uno de los actos; y todos los requisitos contemplados en los criterios de organización y funcionamiento. Deberá ser un manual abierto y actualizable de acuerdo con las modificaciones que se produzcan en la cartera de servicios o con los cambios estructurales o funcionales.

IV.3 La calidad en la gestión por procesos

La norma ISO 9001 y la European Foundation for Quality Management (EFQM) señalan que para que una organización funcione eficazmente tiene que gestionar muchas actividades relacionadas entre sí. Una actividad o conjunto de actividades que utilizan recursos que se gestionan con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados se puede considerar un proceso.

En el ámbito sanitario un proceso es el conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial, planificada y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente, en este caso el paciente, al que va dirigido. El enfoque basado en procesos es, por encima de todo, un instrumento de gestión que mejora la calidad asistencial, la gestión de riesgos y la asignación de tareas ya que Gestión y calidad están indisolublemente unidas.

La gestión por procesos requiere una metodología específica que consiste en definir bien el proceso e identificar: los *clientes* o personas a las que va dirigido el proceso, los *responsables* del proceso o personas que lo realizan, el *objeto* o fin último del proceso, los *límites* de entrada y salida, la *secuencia de actividades*, los *proveedores*, los métodos o *procedimientos* sobre cómo vamos a actuar para la puesta en marcha de las diferentes actividades y todo ello plasmado en un diagrama que refleje la organización del mismo.

La gestión de la calidad de un proceso conlleva la gestión de datos del mismo y en consecuencia, el desarrollo de unos *indicadores* que midan:

- a. Su *eficacia* o grado de cumplimiento de los objetivos marcados.
- b. Su *eficiencia* o medida del consumo de recursos usados.
- c. Su *adaptabilidad* o capacidad del proceso para adaptarse a las necesidades de los clientes y saber su grado de satisfacción.

Los *mecanismos de control* de un proceso pueden ser:

1. Cuantitativos en base a los indicadores del proceso.
2. Cualitativos, basados en aportaciones personales, revisiones, etc....

Los *controles de calidad* además pueden ser:

- a. Internos, realizados por el mismo personal que realiza el proceso.
- b. Externos, por revisores externos o auditorías.

Los controles pueden ser a su vez *retrospectivos o prospectivos*, que tienen la ventaja de repercutir de forma inmediata sobre la calidad de la asistencia médica.

Las principales aportaciones de la gestión por procesos en las organizaciones sanitarias son:

1. Define la organización de los flujos de trabajo para producir un servicio aportando coordinación e integración entre personas de distintas unidades y disciplinas.
2. Establece relaciones entre distintos procesos evitando brechas asistenciales.
3. Disminuye la variabilidad injustificada en la prestación de la asistencia facilitando el análisis de resultados.
4. Incorpora sistemas de medición y análisis facilitando el aprendizaje y la mejora continua.
5. Potencia la responsabilidad e implicación de los profesionales.

Actualmente en la Sección de Reumatología no se trabaja mediante gestión por procesos aunque las Consultas en funcionamiento pueden ser un punto de partida para la implantación de esta metodología de trabajo.

En el ámbito de la Reumatología la gestión por procesos tiene una especial utilidad con experiencia contrastable artritis reumatoide, espondiloartritis, lupus, osteoartrosis, osteoporosis.

El siguiente Proyecto Técnico de Gestión contempla la puesta en marcha de la Gestión por procesos en la Sección de Reumatología en enfermedades autoinmunes, comenzando el primer año con artritis reumatoide, espondiloartritis y lupus eritematoso sistémico.

IV. 4 Adecuación en utilización de medios diagnósticos

Las pruebas diagnósticas son un pilar básico en el que se asienta nuestra actividad asistencial.

En este epígrafe nos vamos a referir, por su especial relevancia en el campo de la Reumatología, a la adecuación fundamentalmente de los medios de diagnóstico radiológicos. El abordaje del estudio de las enfermedades respiratorias incluye de forma casi sistemática la realización de pruebas radiológicas, fundamentalmente RX simple de tórax y serie ósea, TAC, TACAR, RMN y, ocasionalmente PET.

En los últimos años, a medida que las pruebas radiológicas han mejorado su capacidad diagnóstica, se han expandido sus indicaciones y aplicaciones, habiendo aumentado su utilización muy rápidamente. En paralelo ha crecido la preocupación por el uso inapropiado de las exploraciones radiológicas y la utilización excesiva e innecesaria de las mismas. Todo ello, que supone un coste elevado, además aumenta en muchos casos la exposición de los pacientes a radiaciones ionizantes.

Diferentes estudios recientes ponen de manifiesto que un número elevado de exploraciones en modalidades de alta tecnología (entre el 20 y el 50% del número total de exploraciones) no proporcionan información clínica relevante para mejorar el diagnóstico y tratamiento del paciente. Son por tanto exploraciones inadecuadas e innecesarias.

Son pruebas complementarias útiles aquellas cuyo resultado, positivo o negativo, contribuye a modificar la conducta diagnóstico-terapéutica del médico o a confirmar su diagnóstico. La sobreutilización puede ser definida como la realización de pruebas que no van a mejorar el tratamiento y pronóstico del paciente. Se trataría por lo tanto de la realización de exámenes innecesarios.

En este contexto, existe un creciente interés nacional e internacional en la búsqueda de estrategias que promuevan el uso adecuado del diagnóstico por imagen, evitando la redundancia de estudios y la exposición innecesaria a la radiación.

Desde la Sección de Reumatología se hará una política activa encaminada a:

1. Eliminar las pruebas innecesarias

La indicación injustificada de una exploración de diagnóstico por imagen aumenta el tiempo de espera de forma innecesaria a otro paciente que se podría beneficiar de ella (coste de oportunidad).

En nuestro país el Real Decreto 815/2001 sobre justificación del uso de las radiaciones ionizantes obliga a que las exposiciones médicas deberán producir un beneficio neto suficiente, quedando prohibidas las exposiciones médicas que no puedan justificarse. Tanto el médico prescriptor como el radiólogo deberán involucrarse en el proceso de justificación.

Antes de solicitar una prueba de imagen habría que hacerse estas preguntas:

¿Le han hecho ya estas pruebas?.

¿Las necesito?..

¿Las necesito ahora

¿Son éstas las pruebas más adecuadas?..

2. Mejorar el conocimiento y la evidencia científica sobre la validez de las pruebas diagnósticas promoviendo y fomentando la utilización de las guías existentes de uso adecuado de pruebas radiológicas

En el Hospital U. Príncipe de Asturias disponemos de una *Guía de Diagnóstico por imagen*, elaborada por nuestro Servicio de radiodiagnóstico siguiendo las directrices del RCR del Reino Unido. Esta Guía está actualmente a disposición de todos los especialistas del HUPA y de su Área de influencia en un pequeño manual de bolsillo y en la Intranet del Hospital (hupaweb: guías hospitalarias).

IV.5 Desarrollo de protocolos sobre el uso de medicación específica

El medicamento es un recurso clave en la asistencia sanitaria, de amplia utilización y que ha de ser usado con criterios de eficiencia, seguridad y coste. Aunque el papel nuclear en esta misión corresponde al Servicio de Farmacia Hospitalaria, es obligación de todos los facultativos del HUPA desarrollar e impulsar una farmacoterapia racional, segura y eficiente en el paciente, basándose en la evidencia científica para la toma de decisiones y de forma integrada, coordinada y corresponsable con los demás profesionales sanitarios. El objetivo final es que el paciente reciba el fármaco adecuado, con la pauta correcta y en el momento preciso.

En España la legislación relativa al uso de medicamentos viene recogida en la Ley del Medicamento 25/1990 y en la Ley del 28 de Julio de 2006, Ley de Garantías y uso racional del Medicamento y Productos Sanitarios.

Para alcanzar el éxito en el campo de la farmacoterapia es imprescindible el conocimiento y participación de todos los profesionales, ayudados por los sistemas de información y la innovación tecnológica. La calidad del tratamiento farmacológico mejorará si existe una integración total del equipo asistencial y si se analizan y documentan las actividades y los resultados.

En el momento actual el gasto farmacéutico es un tema de gran preocupación para las autoridades sanitarias, así como para los gestores y los profesionales. El crecimiento acelerado de los últimos años no es sostenible, siendo urgente establecer medidas para su contención. Este aumento del gasto farmacéutico se debe al aumento de la demanda por el envejecimiento de la población, con el consiguiente aumento de enfermos crónicos, a la aparición de nuevos fármacos de alto coste para enfermedades que antes no tenían tratamiento, a la extensión de indicaciones de tratamientos de alto coste y a la complejidad de algunos tratamientos. No obstante, también aumenta de forma no tolerable el gasto farmacéutico la posible ineficiencia en la utilización de medicamentos y la descoordinación entre niveles asistenciales.

En este Proyecto Técnico de Gestión para la Sección de Reumatología nos vamos a centrar en los Medicamentos biológicos y en los medicamentos que se utilizan fuera de indicación en ficha técnica:

I. Medicamentos biológicos

La llegada de los fármacos biológicos ha supuesto literalmente un “antes y un después” en la vida de muchos pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas, como la artritis reumatoide, la artritis psoriásica, la enfermedad inflamatoria intestinal o la espondiloartritis. El desarrollo de estos fármacos biológicos implica un mayor esfuerzo de inversión para las compañías, pero también un enorme esfuerzo económico por parte de los sistemas sanitarios para ponerlos a disposición de los pacientes. El alto coste de los mismos hace que haya que llevarse a cabo una gestión muy cuidadosa para preservar la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario. Es muy importante que entidades públicas y empresas privadas se coordinen para establecer las prioridades de futuro, de manera que la inversión vaya dirigida realmente a las necesidades del paciente.

Existe un interés especial por parte de la Administración y de la Sociedad Española de Reumatología en desarrollar e implantar medidas de optimización de las terapias biológicas, ya que de ello va a depender, en gran medida, la sostenibilidad del Sistema a medio plazo. Tanto desde el área clínica como desde la farmacia hospitalaria y la gestión, se trabaja en el establecimiento de protocolos de eficiencia para la optimización de los recursos sanitarios sin perder el beneficio para el paciente.

Una de las políticas de optimización y ahorro desarrolladas por estos especialistas es la aplicación de terapias biológicas en áreas terapéuticas como la Artritis Reumatoide (AR), Artritis Psoriásica (APs), Psoriasis (PsO) y Espondilitis Anquilosante (EA). La existencia de características diferenciales entre estos tratamientos conduce a modificaciones posológicas en determinados pacientes que pueden requerir incrementos de dosis por ineficacia, o bien reducciones de las mismas en pacientes controlados, repercutiendo en los costes asociados.

Compromiso de control de biológicos

- Elección personalizada del fármaco biológico más adecuado, atendiendo a la relación riesgo/beneficio/gasto.
- Evaluación inicial y de seguimiento estricto.
- Detección precoz de ineficacia y de posibles efectos indeseables.
- Optimización de dosis.

Disminuir la dosis, ampliar los intervalos de administración e interrumpir el tratamiento por un periodo determinado, y de acuerdo con el paciente, son algunas de las claves de la optimización de su manejo en la práctica clínica.

2. Uso de Medicamentos fuera de indicaciones autorizadas

El Real Decreto 1015/2009 regula la disponibilidad y el uso de medicamentos en condiciones distintas a las indicadas en ficha técnicas autorizadas. Existen circunstancias de uso establecido en la práctica clínica pero no contemplado en la autorización del medicamento, a veces por falta de interés comercial. No obstante, muchas veces el uso de medicamentos fuera de indicaciones de ficha técnica no cuenta con el aval científico suficiente y genera un elevado gasto farmacéutico.

En la Sección de Reumatología, la prescripción de gammaglobulinas intravenosas en determinadas situaciones críticas en vasculitis o conectivopatías con afectación grave y refractaria, la sección de Reumatología se compromete a realizar revisiones periódicas o protocolos (siempre que sea posible). Dichos documentos dado que se trata de medicamentos de alto coste, estos protocolos tendrán que ser evaluados y refrendados por el Servicio de Farmacia Hospitalaria y la Dirección Médica.

V. PROYECTO DE CERTIFICACIÓN EN CALIDAD DE LA SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA

La certificación, según los requisitos de una norma, es el resultado satisfactorio de una evaluación realizada por una tercera parte independiente. Es la prueba para los usuarios de que se satisfacen las exigencias de ciertas normas nacionales o internacionales en el campo de la asistencia sanitaria y suponen una garantía de calidad del servicio que se presta

La calidad y la seguridad son elementos estratégicos en los que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos. La utilización de entidades acreditadas proporciona confianza en los diferentes ámbitos y etapas de la prestación de los servicios sanitarios (hospitalización, transfusión sanguínea, análisis clínicos, medicamentos, etc.) siendo muchos los ejemplos en los que la acreditación se ha ido incorporando en los últimos años.

ISO 9000 es un conjunto de normas sobre calidad y gestión continua de calidad, establecidas por la Organización Internacional de Normalización. Las normas recogen tanto el contenido mínimo como las guías y herramientas específicas de implantación y los métodos de auditoría. La ISO 9000 especifica la manera en que una organización, opera sus estándares de calidad, tiempos de entrega y niveles de servicio.

La **ISO 9001:2008** es la norma más conocida para elaborar un sistema de gestión de la calidad. *Es una norma flexible, que promueve la adopción de un enfoque basado en procesos.* Este Proyecto Técnico de Gestión plantea como objetivo que la Sección de Reumatología se certifique según Normas ISO de igual forma que ya lo han hecho otros Servicios del HUPA.

Su implantación, aunque requiera un esfuerzo por parte de todos los miembros de la Sección, ofrecerá numerosas ventajas de cara al desarrollo y visibilidad de todas las funciones que realizamos en nuestra actividad diaria. Entre estas ventajas son las siguientes:

1. Estandarizar las actividades del personal que trabaja dentro de la Sección estableciendo una organización jerárquica por medio de la documentación necesaria para que cada una de las personas que en él trabajan tengan claras sus funciones.
2. Incrementar la satisfacción del paciente y sus familiares en cuanto a usuarios de nuestra oferta asistencial.
3. Medir y monitorizar el desempeño de los procesos diagnósticos y terapéuticos que se desarrollan en la Sección.

4. Disminuir re-procesos, esto es, intentar disminuir los re-ingresos por altas precipitadas o incorrectas e intentar disminuir el número de consultas sucesivas.
5. Incrementar la eficacia y/o eficiencia de la organización de todos los miembros del Servicio en la obtención de sus objetivos.
6. Mejorar continuamente en los procesos de atención al paciente en los que estamos involucrados: actividad diagnóstica, terapéutica, de información...
7. Reducir las incidencias negativas o quejas que puedan plantear los usuarios.
8. Adoptar una actitud correcta en las relaciones entre los miembros del Servicio, la Dirección-Gerencia del Hospital, el resto del Hospital y el ámbito extrahospitalario.
9. Conocer qué repercusiones tiene para la Sección de Reumatología y para el resto de los servicios del Hospital la aplicación de la norma y cuáles son sus implicaciones.
10. Utilizar la norma como herramienta de mejora continua.

La adopción de un sistema de certificación debe ser una decisión estratégica que implique a toda la organización, tanto a nivel de la propia Sección de Reumatología como de la Dirección-Gerencia. Para esta iniciativa contamos con el apoyo y el respaldo de la Unidad de Calidad del Hospital.

Las bases del procedimiento de acreditación y re-acreditación reflejan la cantidad y la calidad de la asistencia que se lleva a cabo en la Unidad, de manera que se pueda medir y evaluar el grado de excelencia alcanzado. Excelencia que no necesariamente está ligada a la más alta complejidad acreditada, sino que puede alcanzarse en cualquiera de los niveles establecidos siempre que se cumplan los objetivos e indicadores del estándar fijado en cada nivel de acreditación.

VI. CALIDAD EN LA DOCENCIA POSTGRADO DE REUMATOLOGÍA

La formación de médicos especialistas se inició de una manera organizada en España a principios de la década de 1970. Diversos hospitales iniciaron, a título particular, la formación de médicos especialistas con una gran aceptación general. Los Reales Decretos 2708/1982 y 127/1984 regularon posteriormente este tipo de formación en todo el ámbito territorial español. La implantación de un sistema nacional de formación especializada que pronto pasó a denominarse MIR (Médicos Internos Residentes) ha representado uno de los aspectos más novedosos e importantes para la modernización de la medicina en España.

La formación médica postgraduada, a través de programas de residencia por especialidades, constituye uno de los avances más importantes de la formación médica y, consecuentemente, de la asistencia sanitaria. Asimismo, ha contribuido de forma considerable al desarrollo científico y tecnológico.

La Comisión Nacional de Reumatología, de acuerdo con el Real Decreto 127/1984, regula los requisitos de acceso a los programas de la especialidad y las características de la formación clínica. Propone como método docente la aplicación de un sistema de responsabilidad y capacitación adquiridas a través de una residencia realizada en centros y unidades acreditadas, en los que se desarrollen los correspondientes programas, durante un periodo de cuatro años.

El primer año y medio de residencia se dedicará a una formación genérica y, por tanto, se rotará por otros servicios, y otros dos años y medio de formación específica en la especialidad de Reumatología (Orden SAS/2855/2009, de 9 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Reumatología).

VI.1. Definición y competencias

La Reumatología es una especialidad médica que procede de la Medicina Interna y que se ocupa del estudio de las enfermedades reumáticas, también denominadas «enfermedades médicas del aparato locomotor» o «enfermedades musculoesqueléticas».

Están incluidas en el campo de la Reumatología las enfermedades articulares, las del tejido conectivo, los problemas de columna vertebral, los reumatismos de partes blandas, las enfermedades del metabolismo óseo y el dolor no maligno del aparato locomotor.

1. Perfil profesional

El perfil profesional del especialista en Reumatología está asociado a las competencias siguientes:

1.1. Competencias asistenciales

Representan el campo más importante de la especialidad de Reumatología, se dirigen a proveer a los pacientes de una asistencia de alto nivel científico de una manera accesible, humana y eficiente, que da sentido y viabilidad a la especialidad. Son competencias asistenciales:

La aplicación de distintos tipos de prevención de las enfermedades reumáticas tanto a nivel de la población general sana como de aquellos pacientes que ya han desarrollado síntomas o enfermedades.

El diagnóstico de pacientes con enfermedades reumáticas, mediante el uso de los actuales sistemas y la incorporación de aquellos que en el futuro demuestren su utilidad.

El tratamiento de pacientes con enfermedades reumáticas, en cualquiera de los niveles asistenciales, con las terapias más adecuadas a cada situación.

La educación de pacientes individuales y de la población en general, con el fin de promover estilos de vida saludable, el autocuidado y el mantenimiento de su independencia funcional.

1.2. Competencias en gestión clínica y coordinación

Son competencias relativamente recientes que están adquiriendo una gran importancia. Su objetivo es que el Sistema Nacional de Salud ofrezca un marco de relación adecuada entre los facultativos y la población que atienden de manera que la excelencia clínica pueda ser aplicada y que de esta aplicación se derive un beneficio social. Se trata por tanto de conseguir una asistencia eficiente y coordinada con otras acciones no asistenciales. Su importancia es clave para lograr el beneficio no sólo individual, sino del marco general del Sistema Nacional de Salud y del propio Estado del bienestar.

Las competencias del especialista en reumatología en el ámbito de la gestión se corresponden con el diseño y la aplicación de acciones dirigidas a garantizar la calidad y eficiencia asistencial, e incluyen las siguientes competencias específicas:

La estandarización de actuaciones clínicas para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades clínicas más prevalentes y de mayor impacto individual o social.

La coordinación entre niveles asistenciales, favoreciendo la continuidad de los cuidados entre la atención primaria y la atención especializada hospitalaria y extrahospitalaria.

La coordinación con otros profesionales proveedores de cuidados sanitarios a pacientes con enfermedades reumáticas (cirujanos ortopédicos, internistas generales, rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales,...).

La coordinación con otros profesionales proveedores de cuidados no asistenciales a pacientes con enfermedades reumáticas, tanto del ámbito sociolaboral como del sociosanitario (salud laboral, ergonomistas, asistentes sociales, Inserso...).

1.3. Competencias en docencia e investigación

Las competencias docentes son cualitativamente muy relevantes para garantizar la transmisión del conocimiento referente a la especialidad, incluyen:

Formación continuada de los especialistas en Reumatología para actualizar sus conocimientos, así como los de profesionales de Asistencia Primaria y de otras especialidades incluidas en el área asistencial en la que esté actuando.

Formación especializada de residentes, mediante la supervisión de los mismos por reumatólogos de plantilla.

Formación de pregrado a través de la participación de reumatólogos en las actividades de los alumnos de medicina y de otros graduados universitarios.

Investigación: los especialistas en Reumatología deben tener una amplia base en técnicas de investigación que permita garantizar los niveles de competitividad y excelencia de la Reumatología, así como su rápida adaptación a los permanentes cambios sociales, científicos y organizativos.

Finalmente hay que tener en cuenta que el perfil competencial del especialista en Reumatología se inscribe en el marco de los principios de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria que consagra la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

2. Objetivos formativos

2.1 Objetivos generales

Están dirigidos a garantizar la adecuada adquisición de conocimientos habilidades y actitudes en los distintos campos que competen a la especialidad. En concreto, se debe lograr el máximo nivel de competencia asistencial y un buen nivel en el resto de los campos.

A este respecto, la formación de los residentes de Reumatología debe de incluir:

- a) Formación básica en prevención primaria, secundaria y terciaria y su aplicación a las enfermedades más prevalentes para prevenir su aparición y el desarrollo de discapacidad.
- b) Amplia formación sobre la etiopatogenia, diagnóstico y terapéutica de las enfermedades de área de la Medicina Interna y de otras especialidades con la finalidad de identificar y resolver los problemas más habituales de la Medicina, permitiendo el cuidado integral de los pacientes.
- c) Formación plena en el área de la Especialidad de Reumatología: etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento tanto de las enfermedades más comunes como de las raras, graves o potencialmente mortales. Estos conocimientos deben ser aplicables al manejo de pacientes.
- d) Formación en educación de pacientes, dirigida a la promoción del mejor cumplimiento terapéutico, autocuidado, mantenimiento de la independencia, etc.

2.2 Objetivos vinculados a la investigación y docencia

Como se ha dicho antes, la investigación supone un importante estímulo de mejora y de garantía de los niveles de competitividad y excelencia de la Reumatología, así como de su rápida adaptación a los permanentes cambios sociales, científicos y organizativos.

La importancia de la investigación está plenamente contrastada y se plasma en la creciente imbricación de dichas funciones con el resto de competencias de la Reumatología en la mayoría de las unidades docentes de la especialidad.

La formación en investigación incluye:

- a) Conocimientos básicos de Epidemiología, Estadística, Biología celular y Biología molecular. Estos conocimientos deben ser aplicados al desarrollo de proyectos específicos e identificación de problemas.
- b) Metodología de la Investigación: durante su formación el residente debe adquirir conocimientos en metodología de la investigación, que le capaciten para realizar un estudio de investigación ya sea observacional o experimental, conociendo los recursos existentes y sabiendo seleccionar aquellos más adecuados a su perfil profesional y a sus intereses en investigación.
- c) La formación en investigación/docencia incluye así mismo la realización de búsquedas bibliográficas, lectura crítica de la literatura científica, cómo elaborar publicaciones, casos clínicos, revisiones, ofimática, dominio del inglés. A través de estos conocimientos el residente adquirirá capacitación para saber cómo estructurar, preparar y llevar a cabo sesiones clínicas y transmitir dicha información a distintos tipos de receptores de pregrado, postgrado o de formación continuada.
- d) La investigación en Reumatología incluye la básica, la clínica y la epidemiológica, además, de la medicina basada en la evidencia y de la investigación en resultados de salud.
- e) Así mismo se incluye en este ámbito el conocimiento de las fuentes de financiación y adscripción de recursos a proyectos concretos. Las fuentes de financiación puede ser: públicas (FIS, CAYCIT, Comunidad Europea, etcétera), de la Industria (ensayos clínicos de nuevos fármacos), de sociedades científicas (grandes proyectos epidemiológicos) y de otras entidades sin ánimo de lucro (fundaciones...).

2.3 Objetivos vinculados a otros conocimientos transversales

2.3.1 Formación en gestión clínica

Adaptación e implantación de guías ya desarrolladas, desarrollo de nuevas guías, reingeniería de procesos, medicina basada en la evidencia.

Planificación y programación de la actividad asistencial, dirección participativa por objetivos, evaluación económica de resultados sanitarios, grupos diagnósticos relacionados (GRD), calidad, etc.

Metodología de calidad, sistemas de evaluación sanitaria, indicadores de calidad, programas de gestión de calidad.

Metodología en gestión de procesos. Conocimiento de la estructura y dispositivos implicados en la asistencia reumatológica. Redes de servicios y programas de coordinación.

Coordinación, dirección y gestión de equipos de trabajo y metodología del trabajo en equipo.

Cartera de servicios del SNS y de las CC.AA.

Diseño, realización y evaluación de programas de salud en los que puede estar implicada la asistencia reumatológica.

2.3.2 Formación en Bioética, Ética asistencial y Deontología profesional

Principios de Bioética.

Metodología para el análisis del problema ético-asistencial.

Relación profesional sanitario-paciente.

Consentimiento informado.

Confidencialidad y secreto profesional.

Deontología profesional.

Comités de ética asistencial e investigación.

2.3.3 Organización y legislación sanitaria

- Derechos y deberes de los usuarios.
- Seguridad del paciente en la práctica asistencial.
- Estructura y organización funcional de los servicios de salud.
- Legislación aplicable a los profesionales sanitarios.
- Marco legal e institucional y organización funcional de la asistencia reumatológica en la Comunidad Autónoma y su articulación con otras redes y servicios.

Es recomendable que la formación transversal a la que se refiere este apartado, así como la relativa a la metodología de la investigación, se organice por la Comisión de Docencia conjuntamente con los residentes de otras especialidades. Cuando ello no fuera posible, la unidad docente organizara sesiones clínicas, cursos, talleres que sean necesarios para la adquisición de dichos conocimientos

3. Características generales del programa y esquema general de la formación específica en reumatología

3.1 Características generales

El Sistema formativo de este programa es el de residencia en unidades docentes acreditadas para la formación de estos especialistas. Dicho sistema formativo se inscribe en el marco general de la formación en especialidades en Ciencias de la Salud diseñado en el capítulo III, del título II de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) y en sus normas de desarrollo.

A este respecto, el artículo 15 de la mencionada Ley determina que la formación especializada en Ciencias de la Salud, es una formación reglada y de carácter oficial que tiene como objeto dotar a los especialistas de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma.

El acceso a la formación, su organización, supervisión, evaluación y acreditación de unidades docentes se llevara a cabo conforme a lo previsto en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos de la formación sanitaria especializada.

El régimen jurídico que regula la relación laboral que une al residente con la entidad titular de la unidad docente donde se está formando se atendra a lo previsto en el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud.

A lo largo de la formación, el residente contará con la figura imprescindible y definida del Tutor, que deberá ser un Especialista en Reumatología. De acuerdo con las funciones que establece el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, el tutor planificará, gestionará, supervisará y evaluará todo el proceso de formación, proponiendo cuando proceda, medidas de mejora en el desarrollo del programa y favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora

del residente, con especial atención a la eficiencia y calidad de las actividades que el residente realice en las diferentes fases del proceso formativo.

Las funciones generales que corresponden al tutor del residente podrán ser apoyadas, pero no sustituidas, por las que lleven a cabo los especialistas de plantilla que supervisen al residente en los servicios o unidades donde se efectúe una determinada rotación.

3.2 Características generales de la formación específica en reumatología

Los residentes de Reumatología deben tener la oportunidad de observar, estudiar y tratar pacientes (ingresados y externos o ambulantes) con una amplia variedad de enfermedades respiratorias, de tal manera que al final de su período formativo, sean capaces de:

- Haber adquirido los conocimientos, habilidades y actitudes que permitan el ejercicio independiente y actualizado de la especialidad, siendo capaces, al finalizar el periodo formativo, de sentar las indicaciones de los distintos procedimientos diagnósticos y terapéuticos de la Reumatología.
- Tener una formación clínica básica al conocer las actividades que se llevan a cabo en los distintos departamentos, unidades y servicios de las instituciones sanitarias, las maniobras de resucitación cardiopulmonar, el manejo de vías, la estructura de las sesiones interdepartamentales y otros aspectos estrechamente relacionados con la Reumatología.
- Observar, estudiar y tratar pacientes (ingresados, en las consultas hospitalarias externas, y extrahospitalarios), con una amplia variedad de enfermedades reumáticas.
- Tener una formación básica en investigación, imprescindible en la práctica médica actual para que los especialistas en Reumatología puedan promover y desarrollar líneas de investigación clínica, experimental o epidemiológica.
- Sentar las bases que aseguren su formación continuada, a fin de que puedan incorporarse a la práctica diaria los avances que se produzcan en la especialidad y en otras áreas de conocimiento, de interés para mejorar la atención a los ciudadanos, sabiendo manejar las fuentes de información y adquiriendo espíritu crítico respecto a la literatura científica.
- Tener formación en bioética.
- Tener formación básica en gestión clínica y en aspectos médico-legales de interés para el ejercicio de su profesión.

3.3. Contenidos transversales y específicos

Contenidos transversales

- *Metodología de la investigación.* Durante su formación el residente de Reumatología debe iniciarse en el conocimiento de la metodología de la investigación. El especialista en Reumatología debe adquirir los conocimientos necesarios para realizar un estudio de investigación, ya sea de tipo observacional o experimental. También debe saber evaluar críticamente la literatura científica relativa a las ciencias de la salud, siendo capaz de diseñar un estudio y de realizar la labor de campo, la recogida de datos y el análisis estadístico, así como la discusión y la elaboración de las conclusiones, que debe saber presentar como una comunicación o una publicación.
- *Bioética.* Durante su formación el residente de Reumatología debe iniciarse en el conocimiento de los aspectos bioéticos siguientes: Consentimiento informado, Confidencialidad, secreto profesional y veracidad, ética, deontología, Comités éticos de investigación clínica y de ética asistencial.
- *Gestión clínica.*: Organización funcional de un servicio de Reumatología, Equipamiento básico y recursos humanos, Indicadores de actividad, Medida de la producción de servicios y procesos y Sistemas de clasificación de pacientes.
- *Calidad:* El concepto de calidad en el ámbito de la salud, Calidad asistencial: control y mejora, Indicadores, criterios y estándares de calidad, Guías de práctica clínica, Evaluación económica de las técnicas sanitarias, análisis de las relaciones coste/beneficio, coste/efectividad y coste/utilidad.

Contenidos específicos

Los contenidos de los programas de formación se encuentran actualizados por la Comisión Nacional de la Especialidad en la Orden 2855/ 2009: Programa Formativo de la especialidad de Reumatología publicado en el BOE de 9-10-2009

Se incluyen conocimientos de etiopatogenia, epidemiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento relativos a las siguientes patologías:

- Artrosis.
- Fibromialgia.
- Artropatías inflamatorias incluyendo artritis reumatoide y espondiloartropatías seronegativas.
- Conectivopatías y enfermedades reumáticas sistémicas.
- Miopatías.

- Infecciones osteoarticulares.
- Enfermedades reumáticas en la infancia.
- Artropatías por microcristales y enfermedades por depósito.
- Enfermedades óseas metabólicas.
- Reumatismos de partes blandas.
- Tumores.
- Enfermedades hereditarias y del desarrollo del tejido conectivo y óseo.
- Manifestaciones reumáticas de endocrinopatías, enfermedades hematológicas, procesos malignos.

Técnicas diagnósticas y terapéuticas

El reumatólogo debe conocer los fundamentos, las indicaciones, las contraindicaciones, las complicaciones potenciales, la eficacia y la eficiencia de los distintos procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios para el ejercicio de la especialidad.

Materias básicas y afines

Como en cualquier otra especialidad médica, el reumatólogo debe tener una estrecha relación con otras ramas científicas y materias básicas afines. Es recomendable, por ello, que el residente de Reumatología adquiera conocimientos básicos en ciertas disciplinas, como medicina interna, nefrología, dermatología, farmacología, la inmunología, la microbiología, la anatomía patológica, la biología celular y molecular, la psicología, la informática médica, así como la pediatría, especialmente en cuanto a las enfermedades reumáticas infantiles.

4. Actividades científicas

El médico residente debe participar activamente en el desarrollo de sesiones clínicas, tanto las propias del servicio como las generales del hospital. Ha de tomar parte activa en revisiones bibliográficas periódicas, actualización de temas monográficos, conferencias y cursos a estudiantes y residentes más jóvenes. Debe ser capaz de hacer revisiones retrospectivas de datos clínicos y ha de realizar trabajos prospectivos y retrospectivos, que debe presentar en reuniones y congresos científicos.

Por otra parte, el residente debe tomar conciencia de la importancia de la formación continuada y de la necesidad de perfeccionar sus niveles de lengua inglesa y de informática, al objeto de poder estudiar la literatura internacional y poder comunicarse con colegas de otros países.

5. Evaluación del proceso docente y de resultados

El tutor o responsable docente de la unidad o servicio de Reumatología acreditado certificará anualmente el adecuado cumplimiento, por parte del residente, de las actividades, tanto cualitativas como cuantitativas exigidas, en su programa de formación. Esta certificación será remitida a la comisión local de docencia y, eventualmente, a la comisión nacional. En todo caso, esta última deberá recibir, al finalizar el periodo de formación, la totalidad de las certificaciones anuales emitidas. _

Al comienzo de su residencia, el médico en formación recibirá un libro del residente, en el que anualmente ha de reflejar las actividades asistenciales y científicas realizadas durante este tiempo. El tutor o responsable docente de la unidad o servicio certificará, también anualmente, la veracidad de lo reseñado y evaluará el grado de aptitud y competencia alcanzado. Asimismo, el médico en formación podrá exponer en dicho libro su opinión sobre la docencia recibida y, en su caso, las deficiencias observadas y las sugerencias que estime convenientes.

Al finalizar su periodo formativo, el residente de Reumatología debe estar plenamente capacitado para el ejercicio competente e independiente de la especialidad.

BIBLIOGRAFÍA

Además de la referenciada a pie de página se ha utilizado la siguiente bibliografía:

Memoria de Calidad 2013. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Informe Observatorio de Resultados Hospitales 2014.

Recomendaciones SERMAS para Comités.

Resultados HUPA 2013 Calidad Percibida.

Plan Estratégico de Reumatología 2011-2015.

Memoria HUPA 2013.

Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis. Agustín Cañizares Ruiz Álvaro Santos Gómez. Fundación Alternativas. ISBN: 978-84-92957-78-1.

Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2007. Protección Radiológica 118 Guía de indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen.

Uso de Medicamentos fuera de Indicación autorizada. Servicio Madrileño de Salud. Subdirección General de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios.

Organización de un Servicio de Reumatología. Cap.15: Tiempos Médicos en un Servicio de Reumatología. Alvarez-Sala Walther, Casán Clará, Rodríguez de Castro,F. ISBN: 978-84-15351-14-6.

Grupo de Trabajo para la elaboración de «Estándares y recomendaciones de HdD». Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad de Hospital de Día. Estándares y recomendaciones; 2009.

Sandhu RS, Treharne GJ, Douglas KM, Cassim K, Saratzis A, Piper H, et al. The impact of anti-tumour necrosis factor therapy for rheumatoid arthritis on the use of other drugs and hospital resources in a pragmatic setting. *Musculoskeletal Care*. 2006; 4:204-22.

Barbosa L, Ramiro S, Roque R, Goncalves P, Silva JC, Santos MJ. Patients' satisfaction with the rheumatology day care unit. *Acta Reumatol Port*. 2011; 36:377-84.

García-Vicuña R, Montoro M, Egües Dubuc CA, Bustabab Reyes D, et al. Estándares de calidad de una Unidad de Día reumatológica. Propuesta del Grupo de Trabajo de Hospitales de Día de la Sociedad Española de Reumatología. *Reumatol Clin.* 2014;10:380-3088.

CAPÍTULO CUARTO

¿EL CLIENTE SIEMPRE TIENE LA RAZÓN? ANÁLISIS Y PERSPECTIVAS DE LOS SISTEMAS DE GARANTÍA INTERNA DE CALIDAD EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Juan García-Gutiérrez
Profesor Facultad de Educación de la UNED.

Resumen

El aseguramiento de la calidad es un elemento clave en los procesos y estrategias de internacionalización de las instituciones de educación superior. De ahí que esta preocupación por el aseguramiento de la calidad haya cobrado un nuevo y renovado impulso con la constitución del EEES. Desde esta perspectiva, han aparecido instituciones orientadas y dedicadas tanto al aseguramiento interno (como son los propios sistemas de garantía interna de la calidad), como agencias externas (al estilo de ANECA, nivel nacional o ENQA, a nivel europeo). En este trabajo analizaremos el proceso de aseguramiento interno, desde su génesis europea al desarrollo de los sistemas en las propias universidades. Prestando especial atención a las instituciones de educación superior a distancia, como la UNED.

Palabras clave

Educación superior; EEES; Sistema de garantía interna de calidad; internacionalización de las universidades;

Abstract

The quality assurance is a key element in the processes and strategies of internationalization of higher education institutions. In fact, the concern for the quality assurance has gained new and fresh impetus to the establishment of EHEA. In this context, have appeared institutions oriented and dedicated to assurance (such as Internal Systems for Quality Assurance), and external agencies (e. g. ANECA, ENQA, in national level or European level). In this paper we would like to analyze the internal process of assurance from its European genesis to the development in the own universities, paying particular attention to the higher distance education institutions, as UNED.

Keywords

Higher education; EHEA; Internal Systems for Quality Assurance; internationalization of University.

I. INTRODUCCIÓN

El aseguramiento de la calidad no es un tema específico de la educación superior, que atañe en exclusiva al sistema y al funcionamiento de las propias instituciones universitarias y, por ende, a los servicios educativos que ofrecen. El marco en el que se ha desarrollado esta temática tiene varios ejes de interpretación, que es necesario tener en cuenta para no perder de vista el concepto de calidad que se promueve en las políticas educativas de educación superior y que acaba trasladándose a las propias universidades (Cfr. Lagrosen, Seyyed-Hashemi y Leitner, 2004). En esta dirección podemos identificar dos tensiones importantes en el ámbito de la educación superior que, de una forma u otra, se dejarán sentir y marcarán la configuración y desarrollo de las políticas universitarias sobre la calidad y también los sistemas de garantía interna de calidad (SGIC) en las instituciones de educación superior.

Por un lado, encontramos una tensión entre las nociones de excelencia (ENQA, 2014) y de equidad (Silvio, 2006; Ramos, F. J. et al., 2014); por otro, entre las nociones de empleabilidad y educación liberal (Dale, 2007; Mulcahy, 2008; Eurydice, 2014). Ambas tensiones resultan especialmente sensibles por la crisis económica y la necesaria competitividad, en el contexto de una “economía del conocimiento”, con otras áreas de educación superior como la anglosajona o la asiática. No podemos olvidar que el mundo ya no es tan grande como lo era, tan solo, unos años atrás. Como señala el Comunicado de la Conferencia Mundial sobre Educación Superior de la UNESCO (2010) respecto a la calidad,

“La ampliación del acceso plantea un desafío a la calidad de la educación superior. La garantía de calidad es una función esencial en la enseñanza superior contemporánea y debe contar con la participación de todos los interesados. Es una tarea que exige tanto la implantación de sistemas para garantizar la calidad como de pautas de evaluación, así como el fomento de una cultura de la calidad en los establecimientos. Deberían ponerse en práctica, en todo el sector de la educación superior, mecanismos de regulación y garantía de la calidad que promuevan el acceso y creen condiciones para que los alumnos concluyan los estudios. Los criterios de calidad deben reflejar los objetivos globales de la educación superior, en particular la meta de cultivar en los alumnos el pensamiento crítico e independiente y la capacidad de aprender a lo largo de toda la vida. Dichos criterios deberían estimular la innovación y la diversidad. Para garantizar la calidad en la enseñanza superior es preciso reconocer la importancia de atraer y retener a un personal docente y de investigación calificado, talentoso y comprometido con su labor (p. 4 y 5)”.

Desde esta perspectiva, sin duda alguna, 1998 aparece como un año fundamental (y fundante) para la educación superior. En ese mismo año se producen dos hechos que marcarán la evolución y comprensión actual de la educación superior. En octubre se reunía, auspiciada por UNESCO, la Conferencia Mundial sobre Educación Superior

en París que daría lugar a la “Declaración mundial sobre la educación superior en el siglo XXI: visión y acción”. Por su parte, el 25 de mayo de 1998 se reunían los Ministros de Francia, Italia, Reino Unido y Alemania con competencia en Educación Superior en La Sorbona. El resultado es de sobra conocido. La “Declaración de La Sorbona” sobre la armonización de la arquitectura del sistema europeo de educación superior.

En la Declaración mundial sobre la educación superior de la UNESCO (1998) aparece ya una preocupación expresa por la calidad, que se entiende como un concepto pluridimensional. Así, la calidad de la educación superior “comprende todas sus funciones y actividades: enseñanza y programas académicos, investigación y becas, personal, estudiantes, edificios, instalaciones, equipamiento y servicios a la comunidad y al mundo universitario”. Concretamente, se propone “una autoevaluación interna y un examen externo realizados con transparencia por expertos independientes”; también la “creación de instancias nacionales independientes, y normas comparativas de calidad reconocidas internacionalmente”; además se indica que la calidad “requiere que la enseñanza superior esté caracterizada por su dimensión internacional” (art. 11). En esta misma dirección, de hecho, se inscribe la propia Declaración de La Sorbona al promover la creación de “un área europea abierta a la educación superior”.

2. LA DIMENSIÓN EUROPEA DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Este apartado tiene como objetivo responder a dos cuestiones importantes que, a la vez, introducen y enmarcan la preocupación nacional sobre la garantía de calidad que trataremos en el punto siguiente. Por un lado, es necesario atender al papel jugado por el “Proceso de Bolonia” en el desarrollo de la cultura de aseguramiento de la calidad en el ámbito europeo; y por otro, es necesario determinar el contenido de esa “cultura de calidad” y los objetivos a los que persigue.

Los avances en la garantía de la calidad en la educación superior son incomprensibles al margen del Proceso de Bolonia (Michavila y Zamorano, 2008; Freire y Teijeiro, 2010). Junto a la extensión del ECTS y la pedagogía de las competencias (PONER CITAS), uno de los elementos centrales, o vertebradores según el Comunicado de *Louvain-la-Neuve* (2009), ha sido el reconocimiento y extensión de los sistemas de garantía de la calidad no sólo de los títulos y planes de estudio de las propias Universidades (calidad interna), sino también la proliferación de agencias encargadas de avalar y garantizar, a su vez, la garantía de la calidad de las propias universidades (calidad externa).

Una de las preocupaciones presentes en las Declaraciones Bolonia (1999) y Praga (2001), era la de promover la cooperación europea para el aseguramiento o garantía de calidad, si bien será en el Comunicado de Berlín (2003) donde se configuren las bases

(o el “corazón” como dice el propio Comunicado) del modelo de calidad impulsado al conjunto del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) en tres direcciones: respeto a la autonomía de cada institución como principal garante de la calidad (sistemas de calidad interna); generar confianza mutua entre los sistemas de garantía de calidad nacionales a través de la definición de las responsabilidades de las instituciones involucradas, la evaluación y publicación de resultados, y el reconocimiento de los sistemas de acreditación o certificación; y por último, fomentar la cooperación a nivel europeo entre la ENQA, EUA, EURASHE y ESIB para el desarrollo de procedimientos y guías para la garantía de calidad.⁵⁵ Algo que se concretaría, años más tarde, en la publicación del documento marco sobre garantía de la calidad a nivel europeo “Criterios y Directrices para la Garantía de la Calidad en el EEES” (ENQUA, 2005), asumido, a su vez, institucionalmente por los Ministros Europeos responsables de la Educación Superior en la Conferencia de Berger (2005). Además, en Berger (2005) y posteriormente en Londres (2007) se pondría también en marcha el Registro Europeo de Agencias de Calidad basado en revisiones nacionales⁵⁶ (*European Quality Assurance Register for Higher Education, EQAR*).

La Conferencia de Bucarés (2012) tomó la decisión de revisar el documento sobre “Criterios y Directrices para la Garantía de la Calidad en el EEES” (CDG, por sus siglas en inglés), con vistas a mejorar su claridad, aplicabilidad, utilidad y alcance y aprobar una nueva versión del documento la Reunión de Ministros de 2015. Este trabajo de revisión ha recaído principalmente en el conocido como “grupo E4” (que agrupa las siguientes agencias: ENQA, ESU, EUA, EURASHE) y al que se le ha unido también la Asociación de Empleadores Europeos (*Business Europe*) y la de Profesores de Universidad (*Education International*).

Sin duda, tanto la ENQUA constituida en 2004, tras su funcionamiento como una red, cuyo objetivo es promover y facilitar la cooperación europea en el ámbito de la garantía de la calidad; como la ENQAR, que tiene como finalidad el incremento de la confianza y la seguridad mutuas en las respectivas Agencias nacionales registradas en función del cumplimiento de los CDG (2005), son los pilares institucionales para el mantenimiento de la dimensión europea del aseguramiento de la calidad en la educación superior. Además, y junto a las Agencias nacionales (si bien, Azerbaiyán, Islandia, Moldavia, Eslovaquia, Turquía, Ucrania) una característica importante de estas organizaciones es su independencia frente a las propias instituciones de educación superior y respecto a los gobiernos (Ministerios) de los países en las que se inscriben⁵⁷

55 Comunicado de Berlín. Disponible en (los documentos relativos al desarrollo del EEES aparecen en esta misma web): http://www.ehea.info/Uploads/Declarations/Berlin_Communiqueur.pdf.

56 Vid. <https://www.eqar.eu>.

57 Vid. <http://www.eqar.eu/register/search.html>.

se trata de organizaciones externas aunque sus enfoques y competencias puedan variar de unos países a otros. Por ejemplo, mientras que en España la ANECA no tiene competencias para autorizar el funcionamiento de planes de estudio (titulaciones) su informe sí es preceptivo y tiene un peso importante en la decisión final, en otros países como Francia tiene una función consultiva, más de asesoramiento sobre la mejora.

Tenemos, pues, en el EEES tres niveles o planos diferenciados para el aseguramiento de la calidad. Por un lado, los procedimientos internos seguidos por las propias instituciones (calidad interna), a través de los SIGCs. El plano estatal, donde se concretan y adaptan las directrices europeas al marco jurídico nacional y se definen los objetivos y políticas de calidad (también, y en aquellos estados descentralizados este nivel puede ser compartido por las regiones con competencias, y en nuestro caso con las CCAA). Por último (*last but not least*), se sitúa el plano europeo, esto es, el plano propio del EEES donde las decisiones y orientaciones vienen tomadas principalmente en el seno de las Conferencias de Ministros (con competencias en educación superior), y que en el campo de la calidad aparece liderado por la Asociación Europea de Agencias de Calidad de la Educación Superior (ENQUA) y el Registro Europeo de Agencias (EQAR)

De este crecimiento de las agencias externas de calidad en el EEES podemos extraer varias conclusiones. En primer lugar, se pone de manifiesto la necesidad que tienen los gobiernos nacionales de recabar información sobre sus propias instituciones y sistemas de educación superior (tanto desde la perspectiva de la rendición de cuentas, como para adecuar titulaciones/empleabilidad, etc.); en segundo lugar, estas instituciones garantizan la continuidad del EEES, en tanto que ellas mismas tienden a compartir estándares y criterios de aseguramiento de la calidad, que a su vez trasladan a las propias instituciones de educación superior lo que ayuda a generar el clima de convergencia, reconocimiento y confianza en la calidad del EEES. Por último, sitúa también el EEES en una situación de garantía de calidad en competencia con el resto de instituciones de educación superior en el mundo.

Los Criterios y Directrices para la Garantía de la Calidad (2005),⁵⁸ son actualmente el marco de referencia para la articulación de la evaluación de la calidad en los tres planos señalados anteriormente. EL documento consta de tres partes (como aparece en el cuadro más abajo), cada una de las cuales comprende un grupo de criterios generales que componen las “reglas del juego” de los procedimientos de evaluación externa en Europa, además constituyen un estándar común compartido por las Agencias

⁵⁸ No podemos olvidar en este punto citar las “Directrices en materia de calidad de la educación superior transnacional” promovidas desde la UNESCO-OCDE (2005), que tienen por objeto respaldar y fomentar la cooperación internacional y mejorar la comprensión de la importancia de la calidad de la educación superior transfronteriza.

europeas con el objetivo de la confianza y mutuo reconocimiento. Concretamente, este documento es fundamental, por cuanto es el instrumento de trabajo de la Agencia de Evaluación en España, la ANECA que los ha tomado como referencia para sus propios programas de evaluación.

<i> Criterios y directrices europeas para la garantía interna de calidad en las instituciones de educación superior</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Política y procedimientos para la garantía de calidad - Aprobación, control y revisión periódica de los programas y títulos - Evaluación de los estudiantes - Garantía de calidad del profesorado - Recursos de aprendizaje y apoyo a los estudiantes - Sistemas de información - Información pública
<i> Criterios y directrices europeas para la garantía externa de calidad de la educación superior</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilización de procedimientos de garantía interna de calidad - Desarrollo de procesos de garantía externa de calidad - Criterios para las decisiones - Los procesos se adecúan a su propósito - Informes - Procedimientos de seguimiento - Revisiones periódicas - Análisis de todo el sistema
<i> Criterios y directrices europeas para las agencias de garantía externa de calidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilización de procedimientos de garantía externa de calidad para la educación superior - Rango oficial - Actividades - Recursos - Declaración de la misión - Independencia - Criterios y procesos de garantía externa utilizados por las agencias - Procedimientos de responsabilidad

Cuadro 1. Criterios y directrices de para la garantía de calidad de la educación superior. Fuente: ENQA. (2005)

En suma, ¿por qué es importante el desarrollo de una “cultura de calidad” para la UE? La respuesta aparece expresada, sintéticamente, en las Conclusiones del Consejo Europeo de mayo de 2014⁵⁹ en función de los retos a los que se enfrenta la educación superior en Europa (y que trataremos más detalladamente al final de este trabajo). Concretamente,

“Los mecanismos de garantía de la calidad pueden desempeñar un papel importante para ayudar a los centros y a los responsables políticos a hacer frente a una serie de retos, entre otros: ampliación del acceso; la reducción del abandono escolar y el

59 Diario Oficial de la UE, 2014/C, 183/07, de 14.6.2014.

aumento de los índices de retención; el apoyo al aprendizaje innovador; garantizar que los alumnos adquieran los conocimientos, las cualificaciones y las competencias que exigen una sociedad integradora; la ciudadanía activa; el aprendizaje permanente y la empleabilidad, independientemente de su origen social y económico (p. 30).

En esta respuesta se aúnan diferentes objetivos (y en ocasiones contrapuestos). Unos de tipo social (ampliación del acceso, reducción del abandono escolar y el aumento de los índices de retención o sociedad integradora y ciudadanía activa); otros estrictamente académicos (aprendizaje innovador, que los alumnos adquieran los conocimientos, cualificaciones y competencias) y otros más vinculados con el desarrollo económico (aprendizaje permanente y la empleabilidad. Concretamente, en el ámbito de la educación superior se constata la mejora de los sistemas de garantía de la calidad, sobre todo interna, que ayudan a aumentar la confianza y la mejora de los estándares de las instituciones (p. 31). Además, se presta una especial atención al incremento de los aprendizajes *online* desde su propia especificidad, invitando a los Estados a “fortalecer la capacidad de las disposiciones de garantía de la calidad para hacer frente (...) a todas las formas del aprendizaje en línea, y garantizar que a este respecto la función de los órganos de garantía de calidad sea suficientemente flexible” (p. 31).

3. EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN ESPAÑA

No podemos pensar que la preocupación por la evaluación de la calidad en la educación superior sea un tema tan reciente (Cfr. Neave, 2001). En España, durante la década de los '90 se desarrollaron algunos proyectos bien estructurados para evaluar la calidad Universitaria,⁶⁰ como el Programa experimental de evaluación de la calidad del sistema universitario (1992/94); el Plan Nacional de Evaluación y Calidad de las Universidades (1995)⁶¹ para 1996/2000; y su continuación para el periodo 2001/03.⁶²

60 Académicamente, resultan valiosos algunos monográficos publicados sobre el tema desde la década de los noventa hasta la actualidad: “Calidad y acreditación universitaria”, de la *Revista Iberoamericana de Educación* (2004); “Evaluación de la universidad española”, de la *Revista de Educación* (1998); “La Universidad como comunidad: recuperar la idea de universidad en el escenario del siglo XXI” en Bordón (2012); o los más recientes como, “Universidad y Excelencia”, de la *Revista Educación XXI* (2014), con trabajos relevantes como el de Reyero (2014), o el “Equidad y calidad en la Universidad desde una perspectiva internacional: Investigaciones, estudios y experiencias” de la *Revista de Docencia Universitaria* (2014); También destacan los trabajos individuales de: Trinidad Requena, et al. (2003); Aguado Odina; et al. (2001).

61 Real Decreto 1947/1995, de 1 de diciembre, por el que se establece el Plan Nacional de Evaluación de la Calidad de las Universidades.

62 Real Decreto 408/2001, de 20 de abril, por el que se establece el II Plan de la Calidad de las

Teniendo como objetivos, el primero de ellos, justamente: promover la evaluación institucional de la calidad de las universidades; elaborar metodologías homogéneas para la evaluación de la calidad integradas en la práctica vigente en la UE; proporcionar información objetiva que pueda servir de base para la adopción de decisiones de las distintas organizaciones en el ámbito de su respectiva competencia (art. 1).

En nuestra legislación universitaria, la idea de aseguramiento de la calidad en la educación superior, se introduce con la LOU (2001). En ella se instauraba, en su título V “De la acreditación y la Evaluación”, la noción de “garantía de la calidad” (art. 31), y disponía también la creación de la ANECA (art. 32) como agencia de garantía externa de la calidad. En España, el sistema de aseguramiento de la calidad en la educación superior responde a un doble reto, ya que traslada y concreta en el ámbito nacional, por un lado, los criterios y directrices para la garantía de la calidad establecidos a nivel europeo; y, por otro, hacerlo teniendo en cuenta la pluralidad y el respeto a las diversas competencias educativas que tienen las propias Comunidades Autónomas en materia de política universitaria. A continuación, trataremos de ver cómo se organiza en España el sistema de garantía de calidad atendiendo, sobre todo, al proceso de verificación/acreditación de las titulaciones y a la construcción en las instituciones de los SGIC.

En nuestro país existen actualmente nueve agencias de aseguramiento de la calidad con competencia en sus propias CCAA (esto es, tienen su propia Agencia de Calidad las Comunidades de Cataluña, Islas Baleares, Canarias, Andalucía, Castilla y León; Galicia; Comunidad Valenciana; País Vasco y Aragón). Si bien, el resto de regiones y aquellas universidades de ámbito nacional, como la UIMP o la UNED, se rigen únicamente por la ANECA.

Desde la perspectiva del Proceso de Bolonia, el Real Decreto 1393/2007 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales,⁶³ implanta un sistema de “pesos y contrapesos” a la autonomía propia de las universidades, introduciendo la idea de “rendición de cuentas” como aseguramiento de la calidad. En el RD se afirma que,

“La autonomía en el diseño del título se combina con un adecuado sistema de evaluación y acreditación, que permitirá supervisar la ejecución efectiva de las enseñanzas e informar a la sociedad sobre la calidad de las mismas. La concreción del sistema de verificación y acreditación permitirá el equilibrio entre una mayor capacidad de las universidades para diseñar los títulos y la rendición de cuentas orientada a garantizar

Universidades (vigente hasta el 29 de noviembre de 2003).

63 Modificado por el Real Decreto 861/2010, de 2 de julio y el Real Decreto 43/2015, de 2 de febrero. Aunque sólo el primero introduce cambios y ajustes significativos en el sistema de aseguramiento de la calidad. El segundo, (con polémica incluida) viene a modificar la ordenación de los títulos de grado, máster y doctorado, proponiéndose a las universidades la posibilidad de optar por un sistema de 3 + 2.

la calidad y mejorar la información a la sociedad sobre las características de la oferta universitaria. La acreditación de un título se basará en la verificación del cumplimiento del proyecto presentado por la Universidad y facilitará la participación en programas de financiación específicos como, por ejemplo, de movilidad de profesores o estudiantes (Preámbulo)”.

Se instituye así, el proceso de acreditación de las titulaciones universitarias: la verificación, el seguimiento y la renovación. En este sentido, y como se afirma en el citado Preámbulo del RD, “los sistemas de Garantía de la calidad, que son parte de los nuevos planes de estudios, son, asimismo, el fundamento para que la nueva organización de las enseñanzas funcione eficientemente y para crear la confianza sobre la que descansa el proceso de acreditación de títulos”.

Dada la estructura descentralizada del Estado, la competencia educativa, también en el ámbito universitario, es compartida. La ley encomienda a un órgano colegiado, el “Consejo de Universidades” (que está formado por las universidades españolas, y por la Conferencia General de Política Universitaria, formada a su vez por las Comunidades Autónomas), la función de acreditar las titulaciones, sobre la base del informe de ANECA o los organismos de evaluación que la Ley de las Comunidades Autónomas determinen.

3.1. La calidad de las titulaciones universitarias

En efecto, la implantación de un nuevo título universitario está sometido a una evaluación e informe positivo por parte de la ANECA. Veamos. Como indica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre (texto consolidado a 3 de febrero de 2015), el plan de estudios elaborado por la Universidad será enviado para su verificación al Consejo de Universidades a través de la Secretaría de dicho órgano (art. 25.1); quienes enviarán, a su vez, el plan de estudios a la ANECA o al correspondiente órgano de evaluación, a efectos de elaboración del informe de evaluación que tendrá carácter preceptivo y determinante (art. 25.2).

Una vez recibido por el Consejo de Universidades el informe favorable, éste comprobará la denominación propuesta para el título, su coherencia con el plan de estudios, así como la adecuación del citado plan a las previsiones del Real Decreto, y dictará resolución de verificación que podrá ser positiva, si se cumplen las condiciones señaladas, o negativa, en caso contrario; si el informe recibido fuere desfavorable, el Consejo de Universidades dictará resolución negativa (art. 25.7).

Por último, tras la autorización de la Comunidad Autónoma y la verificación del plan de estudios a que se refiere el artículo anterior, el Ministerio de Educación y Ciencia elevará al Gobierno la propuesta para el establecimiento del carácter oficial del título y su inscripción en el RUCT, cuya aprobación mediante acuerdo del Consejo

de Ministros será publicada en el BOE. Este procedimiento para poner en marcha una nueva titulación se denomina *proceso de verificación*.

En España, y esto es una diferencia importante respecto de otras agencia externas de aseguramiento de la calidad en el ámbito del EEES, la ANECA, encargada de dictar el informe para la acreditación del título no es, sin embargo, competente para decidir sobre su acreditación, función que corresponde al Consejo de Universidades (aunque considerando las características del informe ANECA, se podría decir que no es una decisión formal pero sí operativa).

Esto no incumple ni merma los criterios y directrices establecidos por la Agencia Europea ENQUA, como veíamos en el primer punto del trabajo. De hecho, en Europa aquí reside el elemento diferenciador entre agencias de aseguramiento de la calidad externas. Unas tienen competencia para autorizar el funcionamiento de instituciones y programas y otras no. Mientras aquellas con competencias cumplen una función de supervisión, otras mantienen un papel fundamentalmente asesor y consultivo (EU Commission-EACEA, 2011).

Los criterios son comunes para las diversas áreas de conocimiento (Artes y Humanidades; Ciencias; Ciencias de la Salud; Ciencias Sociales y Jurídicas; Ingeniería y Arquitectura) recogidos en el Informe y que aparecen en el anexo del Real Decreto 1393/2007, son los siguientes:

1. Descripción;
2. Justificación del título;
3. Objetivos;
4. Acceso y admisión de estudiantes;
5. Planificación de las enseñanzas;
6. Personal académico;
7. Recursos materiales y servicios;
8. Resultados previstos;
9. *Sistema de garantía de la calidad;*
10. Calendario de implantación.

El *proceso de seguimiento* e implantación de las titulaciones, una vez inscritas en el RUCT y puestas en marcha en las Universidades, será realizado también por ANECA o en su defecto por los órganos de evaluación que la Ley de las CCAA determinen. Estas agencias velarán por el cumplimiento del proyecto contenido en el plan de estudios verificado (art. 27). Este paso del proceso es especialmente relevante ya que

el protagonismo de la evaluación recae en la propia institución, a través del sistema interno de garantía de calidad.

Por último, encontramos el *procedimiento para la renovación de la acreditación*, toda vez que se ha logrado la verificación, y se ha desarrollado el oportuno seguimiento de la titulación tras su implantación se procede a la acreditación. Para facilitar este proceso de evaluación de la calidad de las titulaciones, ANECA ha implantado diversos programas para facilitar a las instituciones las diferentes fases del proceso de acreditación. Estos programas son el VERIFICA; el programa MONITOR y por último el programa ACREDITA para su renovación.

El criterio 9, “Sistema de garantía de la calidad” puede referirse (según el Anexo que aparece en el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre) tanto a un sistema propio para el título como a un sistema general de la Universidad o del centro responsable de las enseñanzas, aplicable al título. Incluye: Responsables del sistema de garantía de la calidad del plan de estudios. Procedimientos de evaluación y mejora de la calidad de la enseñanza y el profesorado. Procedimientos para garantizar la calidad de las prácticas externas y los programas de movilidad. Procedimientos de análisis de la inserción laboral de los graduados y de la satisfacción con la formación recibida y en su caso su incidencia en la revisión y mejora del título. Procedimiento para el análisis de la satisfacción de los distintos colectivos implicados (estudiantes, personal académico y de administración y servicios, etc.) y de atención a las sugerencias o reclamaciones y, en su caso, su incidencia en la revisión y mejora del título. Criterios específicos en el caso de extinción del título. A continuación nos centraremos en la descripción de la implantación del SGIC de las Universidades españolas.

3.2. Los Sistemas de Garantía Interna de la Calidad en las Universidades españolas

En España se ha implantado un modelo de aseguramiento de la calidad en la educación superior basado en un *modelo de acreditación*, donde conviven agencias de aseguramiento externo de la calidad, con aquellos sistemas internos de aseguramiento que desarrollan las propias instituciones. Estos SGIC de las Universidades son acreditados por las agencias externas de calidad mediante un proceso de auditoría, como veremos en este apartado.

Como ya hemos indicado, todas las Universidades deben disponer de SGIC, y para ayudar en su desarrollo, en el año 2007, se puso en marcha el programa AUDIT (desarrollado por: ANECA, AQU en Cataluña y ACSUG en Galicia). Desde su

implantación ha contado ya con la participación 63 universidades,⁶⁴ ya que favorece el cumplimiento, de los requisitos establecidos por el Anexo del RD 1393/2007. En efecto, una evaluación positiva del diseño del SGIC supone una evaluación favorable del punto 9 de la memoria de verificación.

Por tanto, la importancia del programa AUDIT radica en que facilita el desarrollo de otros programas conexos como son el VERIFICA, MONITOR y DOCENTIA. Sin embargo, no es obligatorio para las instituciones de enseñanza superior seguir este Programa, si poseen otro tipo de certificación de calidad o excelencia referido a la implantación del sistema de gestión de calidad en la institución (ISO 9001, Modelo de Excelencia, etc.). Igualmente, hay que tener presente que el enfoque del Modelo AUDIT de calidad es institucional y, por tanto, la certificación se refiere de modo general a los centros de las instituciones de educación superior y no específicamente a sus titulaciones. (ANECA, 2013, 42)

En el programa AUDIT, la “garantía de calidad” se entiende⁶⁵ como la “atención sistemática estructurada y continua a la calidad en términos de su mantenimiento y mejora”. Además, “ha de permitir a las instituciones demostrar que toman en serio la calidad de sus programas y títulos y que se comprometen a poner en marcha los medios que aseguren y demuestren esa calidad”. Así, en el sistema AUDIT confluyen tanto el enfoque externo como el interno de aseguramiento de la calidad.

Siguiendo la Guía del programa AUDIT (2007) el diseño de estos sistemas por las Universidades comprenderá los siguientes elementos: determinar las necesidades y expectativas de los estudiantes con relación a la formación que se ofrece en las instituciones universitarias; establecer los objetivos y el ámbito de aplicación del SGIC; y por último, determinar los criterios de garantía de calidad. (p. 9) Un aspecto importante de la Guía es la orientación o el “enfoque hacia los grupos de interés” que tiene el Programa, tal y como refleja en el cuadro siguiente:

64 Vid. ANECA. Introducción programa AUDIT. Disponible en: <http://www.aneca.es/Programas/AUDIT/Convocatoria-para-la-certificacion-de-los-disenos-de-los-SGIC/Introduccion>.

65 Vid. ANECA (2007), que cita tanto la ASEAN University Network Quality Assurance, como los criterios y directrices de ENQA.

<i>Grupos de interés</i>	<i>Aspectos a considerar en los SGIC</i>
Estudiantes	Selección y admisión de estudiantes, perfil de formación, organización y desarrollo de la enseñanza, sistemas de apoyo al aprendizaje, resultados de la formación e inserción laboral...
Universidad (en sus diferentes niveles de gestores, profesorado y personal de apoyo)	Selección y admisión de estudiantes, perfil de formación, organización y desarrollo de la enseñanza, sistemas de apoyo al aprendizaje, profesorado y personal de apoyo, recursos, progreso y rendimiento académico, resultados de la formación e inserción laboral, sistemas de información...
Empleadores	Oferta formativa, perfil de formación, calidad de la formación e inserción laboral de egresados
Administraciones Públicas	Oferta formativa, perfil de formación, personal académico y de apoyo, progreso y rendimiento académico, calidad de la formación e inserción laboral de egresados, costes
Sociedad, en general	Oferta y demanda educativa, progreso y resultados

Cuadro 2. Enfoque hacia grupos de interés. Fuente: ANECA (2007).

Así mismo, Programa AUDIT recoge una serie de criterios (ANECA, 2007, 18 y 19) y Directrices (ANECA, 2007B) que deben tenerse en cuenta en la configuración del SGIC. Entre los Criterios hay que tener en cuenta:

- La política y los objetivos de calidad;
- El diseño de la oferta formativa; el desarrollo de la enseñanza y otras actuaciones orientadas a los estudiantes;
- El personal académico y de apoyo a la docencia;
- Los recursos materiales y servicios;
- Los resultados de la formación;
- La información pública.

Por su parte, las Directrices, (2007B, 5 y ss.) que deben completarse con el documento de ANECA, (2007C) definen “cómo” la institución va a configurar el sistema hacia la calidad:

- Cómo el centro define su política y objetivos de calidad;
- Cómo el centro garantiza la calidad en sus programas formativos;
- Cómo el centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes;
- Cómo el centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico;
- Cómo el centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios;
- Cómo el centro analiza y tiene en cuenta los resultados;
- Cómo el centro publica la información sobre las titulaciones.

El modelo de certificación previsto en el Programa AUDIT (ANECA, 2013) pasa también por una serie de fases. Por un lado, la fase piloto que tiene como objetivo validar la metodología y los criterios de certificación de la implantación de los SGIC. Por otro, la fase operativa del modelo de certificación, donde se enuncian las actividades involucradas en el desarrollo del proceso completo de certificación de la implantación. Así el modelo AUDIT implica un enfoque tanto externo como interno.

Dentro del externo juega un papel fundamental la función auditora de la agencia de evaluación externa (con un panel de auditores externos). El expediente completo relativo al centro solicitante es remitido a la Comisión de Certificación que valora la conveniencia o no de otorgar el certificado de institución de educación superior registrada por la Agencia que ha evaluado el SGIC.

La Comisión de Certificación está formada por la Dirección de la Agencia (que actuará como presidente) y tres vocales asesores, nombrados por la dirección, así como un miembro de la Unidad técnica responsable del Programa dentro de la Agencia, que actuará como secretario. (p. 35)

4. EL SISTEMA INTERNO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD (SGIC) EN LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR: EL CASO DE LA UNED COMO INSTITUCIÓN PARADIGMÁTICA DE LA EDUCACIÓN A DISTANCIA EN ESPAÑA

No son muchos los trabajos académicos que han tratado de analizar las particularidades en materia de aseguramiento de la calidad en las instituciones de educación superior a distancia (Pérez Juste, 1998; García.

Aretio, 1998; Callejo et al., 2001; Grifoll et al., 2009; Rama y Granda, 2011. Tampoco es el momento para plantear una controversia educación presencial-educación a distancia, pero frente a quienes pudieran pensar que las instituciones de educación superior a distancia necesitan de un tipo de aseguramiento *ad hoc* o distinto, la experiencia y la realidad española nos muestra la pertinencia del mismo tipo de evaluación de la calidad para todas las instituciones de enseñanza superior.⁶⁶

⁶⁶ Siendo esta la opinión general, no podemos perder de vista las innovaciones que supone la introducción cada vez más generalizada de las TICs en la educación superior; esto es, lo importante no es encontrar mecanismos *ad hoc* para asegurar la calidad de la educación a distancia sino más bien introducir mecanismos que aseguran la calidad también en el ámbito TICs (Cfr. Grifoll, 2009).

Esta puntualización, por obvia que parezca, no es menos importante ya que las instituciones universitarias a distancia u *online* (que tanto han florecido a la sombra de la UNED) ofrecen los mismos servicios que las Universidades presenciales y, ahí radica lo importante, con la misma (o superior) calidad.

Como ya hemos dicho, el aseguramiento o garantía de la calidad puede referirse tanto a la garantía de la calidad de una titulación, como un sistema general para la propia institución de educación superior o un centro determinado, responsable de impartir enseñanza. Aunque redundante, precisamente lo característico, frente a los organismos externos de evaluación, es que el SIGC es un sistema para asegurar la calidad en la propia institución y, por tanto, vinculado a la autonomía, sus particularidades y su responsabilidad.

Se trata de un sistema que, a su vez, complementa y colabora con las instituciones y organismos de evaluación externa para la garantía de la calidad, incrementando los niveles de confianza y las posibilidades de reconocimiento mutuo y movilidad entre los sistemas de educación superior.

MODELO	BENEFICIOS	LIMITACIONES
TQM (Total Quality Management)	<p>Alineado con la estrategia, vincula objetivos con procesos a través de la autoevaluación.</p> <p>Identifica procesos clave y aspectos operacionales requeridos en el diseño y entrega de cursos en línea, con la voz del cliente.</p>	<p>Dificultad en la transferencia de principios de TQM desarrollados por la industria a los ambientes de las universidades.</p> <p>Más relevancia a servicios académicos que a la calidad de la enseñanza.</p>
EFQM (European Foundation for Quality Management)	<p>Útil como una base de la autoevaluación.</p> <p>Pruebas de relaciones entre facilitadores y resultados .</p>	<p>Más relevante para funciones de servicio.</p> <p>Dilema de aplicación del lenguaje de los negocios en el sector público.</p>
BSC	<p>Enfocado a la gestión y no solo a la medición del desempeño .</p> <p>El personal entiende los objetivos de desempeño .</p> <p>El sistema puede aumentar la calidad de la educación impartida</p>	<p>Los indicadores de desempeño requieren una identificación cuidadosa y pueden ser disfuncionales si no están alineados con la estrategia.</p>
ISO 9001 NTCGP-1000	<p>Puede contribuir a mejorar las condiciones de trabajo entre departamentos, la matrícula de estudiantes y la satisfacción del personal, genera cultura de enfoque basado en procesos. Promulga la eficacia (ISO 9001:2008, NTCGP-1000:2009), la eficiencia y la efectividad de los procesos (NTCGP-1000:2009).</p> <p>Mejoramiento continuo a través de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.</p>	<p>Más dificultad para control científico en universidades que en la industria.</p>
Reingeniería de Procesos	<p>Permite a la organización alcanzar la mejora a través de la reorientación de los procesos clave para mejorar tanto la productividad como el nivel de servicio.</p> <p>Mejora significativa del uso de datos para fines de garantía de calidad.</p>	<p>Posible impacto en posicionamiento al reorientar drásticamente los procesos clave de la Institución.</p>

Cuadro: 3. Modelos de gestión de la calidad aplicados a instituciones de educación superior. Fuente: Cogollo Flórez (2014).

De las diversas vías de aseguramiento de la calidad, (Cfr. Río Bermúdez, 2008) y tal y como resumen el cuadro superior, algunas Universidades se inspiran o han tomado como referencia para el desarrollo de su SGIC el Modelo Europeo EFQM de

Excelencia (la Universidad de Burgos,⁶⁷ por ejemplo), o la UNE-EN ISO 9001:2008 (tal es el caso de la Universidad Europea de Madrid).⁶⁸ Por su parte, La UNED ha diseñado su sistema de garantía interna de calidad (SGIC-U) en el marco del Programa AUDIT de la ANECA.

Así, tomando como referencia las Directrices para la elaboración de títulos universitarios oficiales establecidas por el Ministerio, los Criterios y directrices para la garantía de calidad en el EEES promovidos por ENQA y las directrices establecidas por ANECA en el propio AUDIT), el SGIC-U ha sido reconocido por ANECA con un alcance total. Es decir, que cubre todas sus Facultades y escuelas, así como todas las titulaciones impartidas, desde su implantación en 2008 (y con certificación ANECA en 2009). Por otra parte, (y teniendo en cuenta la particular estructura de la Universidad), también los Centros Asociados cuentan con su propio SGIC, aprobado por el Consejo de Gobierno en 2013. En la comprensión del SGIC hay que tener en cuenta, frente a otras instituciones, la complejidad que supone la particular metodología que la UNED desarrolla, así como el elevado número de estudiantes matriculados (la UNED es la primera universidad española por número de alumnos, unos 250.000).⁶⁹

El SGIC es un elemento fundamental de la cultura institucional de la UNED que tiene como finalidad,

“Garantizar la calidad de todos los títulos impartidos, revisando y mejorando, siempre que se considere necesario, sus programas formativos, basados en las necesidades y expectativas de sus grupos de interés a los que se tendrá puntualmente informados manteniendo permanentemente actualizado el propio SGIC (p. 7)”.

Por otra parte, el SGIC-U cuenta con sendos instrumentos, en forma de manuales, que detallan su funcionamiento y desarrollo tanto al público en general como a los miembros de la comunidad académica especialmente. Se trata del “Manual del Sistema de Garantía Interna de Calidad de la UNED (2014)” y el “Manual de procedimientos de la UNED (2011)”.

En el Manual del SGIC-U (2014) se definen las características generales del sistema, las dimensiones que incluye, su alcance, las referencias documentales y la enumeración de los procesos que lo desarrollan con los siguientes objetivos:

67 Vid. “Servicios de la UBU con Sello de Excelencia Europea. Modelo EFQM”. Disponible en: <http://www.ubu.es/es/unidadcalidad/sistemas-calidad-mejora-continua/evaluacion-reconocimiento-servicios-efqm/evaluacion-efqm/4-servicios-ubu-sello-excelencia-europea-modelo-efqm>.

68 Vid. “Sistema de Garantía de la Calidad de la Universidad Europea”. Disponible en: <http://universidadeuropea.es/myfiles/pageposts/Sistema%20de%20Garant%C3%ADa%20de%20Calidad%20de%20la%20Universidad%20Europea%20de%20Madrid.pdf>.

69 Vid. “La UNED”. Disponible en: http://portal.uned.es/portal/page?_pageid=93,25451643&_dad=portal&_schema=PORTAL.

- Responder al compromiso de satisfacción de las necesidades y expectativas generadas por la sociedad;
- Ofrecer la transparencia exigida en el marco del EEES;
- Incorporar las iniciativas docentes de un modo sistemático para que contribuyan de modo eficaz a la garantía de calidad;
- Facilitar el proceso de acreditación de los títulos implantados en las facultades y escuelas de la UNED.

Por su parte, el Manual de procedimientos del Sistema de Garantía Interna de Calidad de la UNED (2011) contiene el conjunto de procedimientos y documentos que requiere la aplicación del SGIC de la UNED. En el Manual se agrupan los procedimientos que permiten la aplicación, revisión y mejora del SGIC-U (p. 2). En estos Manuales aparecen, además, las evidencias necesarias que es necesario indicar para asegurar la calidad dentro del sistema.

5. A MODO DE CONCLUSIÓN. PROBLEMÁTICAS Y PERSPECTIVAS EN EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR

La respuesta competitiva que Europa ha dado a la llamada “economía basada en el conocimiento” fue la “estrategia de Lisboa”. Estrategia que sitúa a las Universidades como centros fundamentales en cuanto a innovación, generación de conocimiento y empleabilidad. Desde esta perspectiva, y como ya se había hecho en otros ámbitos, la libertad de circulación trabajadores (y bienes y servicios) necesitaba completarse con la creación de un espacio educativo europeo que genere confianza en la calidad de la formación recibida independientemente de la institución o país de procedencia.⁷⁰ Actualmente, es cada vez más normal ver que el CV de una persona se construye con una formación realizada en países e instituciones diversas, y con empleos igualmente desarrollados en países distintos.

70 En las Conclusiones del Consejo de 20 de mayo de 2014, sobre garantía de la calidad en apoyo de la educación y la formación aparecen reiteradamente estos asuntos: “como contribuyentes clave en el impulso hacia mejores empleos, un crecimiento y una competitividad más robustos, los sistemas de educación y formación se enfrentan a retos significativos que sólo podrá ayudar a resolver una continua mejora de la calidad” (...) “Los instrumentos europeos de garantía de calidad en conjunción con el Marco Europeo de Cualificaciones (MEC), el marco global de cualificaciones del EEES y los marcos de cualificaciones nacionales relacionados con el mismo, han contribuido al desarrollo de una cultura de la calidad en los centros de educación y formación que a su vez ha facilitado el aprendizaje y la movilidad de los trabajadores a través de las fronteras y los sistemas (2014/C, 183/07, Considerandos 1 y 3)”.

Para muchos, la libertad de circulación de los trabajadores implica también la libertad para adquirir su formación en los países e instituciones que deseen. Además, en el contexto de una economía globalizada, las instituciones comunitarias tratan de situar a Europa en una posición competitiva respecto a otras áreas geográficas como la asiática o la estadounidense.

Por otra parte, podemos afirmar, sin lugar a dudas que la educación superior no es “barata” para quienes tienen que pagarla (bien sean los propios alumnos con sus matrículas, o el Estado mediante subvenciones). Esto implica dos tendencias en el medio plazo. Por un lado, la liberalización de los servicios educativos en la educación superior (en la suposición que tal liberalización los abarate para los usuarios); por otro lado, la vinculación de la financiación pública con los resultados de las agencias europeas de evaluación y acreditación (Michavila y Zamorano, 2008).

En este contexto, es fundamental asegurar la calidad de las instituciones y los servicios que prestan las instituciones de educación superior desde dos perspectivas. Por un lado, desde la rendición de cuentas que dichas instituciones tienen obligación de hacer respecto de aquellas que las financian (Estado). Por otro lado, prestando el servicio que tienen encomendado, la educación superior, en las mejores condiciones posibles. Ahora bien, en muchos casos, estas dos condiciones que se plantean a las Universidades (y por extensión a muchas instituciones públicas: “qué haces y cómo lo hacer con el dinero que te doy”) pueden ahogar o asfixiar su misión educativa. Un ejemplo es lo que podemos calificar como “espejismo de la empleabilidad”.

La empleabilidad, en cierta forma, presupone el “fin del trabajo” (Cfr. Rifkin, 1995) o al menos, de una determinada concepción del trabajo.⁷¹ Como decíamos, la globalización económica, implica una globalización laboral (en términos de deslocalización) que más sencilla en bienes y servicios que en capital humano. Las demandas de los empleadores y los sectores laborales (industria, tecnología, servicios, etc.) crecen y cambian más rápido que la cualificación de la “mano de obra”. En lo que dura el periodo de formación de un graduado, las necesidades y requerimientos del puesto de trabajo para el que se prepara pueden haber cambiado radicalmente (es más, puede incluso haberse eliminado o transformado en otro tipo de trabajo). La respuesta desde el sector educativo-laboral es la “empleabilidad”, y demandar a las instituciones educativas un mayor acercamiento a las necesidades de las empresas; que al fin y al cabo, serán quienes ofrezcan trabajo a los titulados universitarios.

⁷¹ Sin embargo, la noción de empleabilidad no deja de ser o mostrar una concepción “pasiva” del trabajo. La empleabilidad al fin reclama un “empleador”, alguien que ofrezca un trabajo para quien tiene cualidades. Cualidades cultivadas gracias a su “empleabilidad”. La crisis económica ha supuesto una ruptura con este modelo. La cultura de la empleabilidad ha dejado paso a la cultura del emprendimiento. Sin embargo, ya no hace falta esperar a que alguien venga a “emplearme”; tiene que ser uno mismo capaz de “emplearse”, de “emprender”.

En este sentido, los SGIC de las Universidades cuentan con la participación de los propios empleadores, tal y como se preveía en el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre. Como hemos visto, entre los procedimientos de aseguramiento de la calidad están los “análisis de la inserción laboral de los graduados y de la satisfacción con la formación recibida”; y entre los grupos de interés aparecen necesariamente los empleadores. Además la vinculación a partir de la inclusión de las competencias en los planes de estudio trata de ser más directa entre los itinerarios formativos y los perfiles laborales. En este sentido, los SGIC tienen una misión fundamental para garantizar la calidad de los procesos que conducen a la empleabilidad/emprendimiento de los titulados.

Con esto nos aseguramos parte de las dos condiciones que veíamos al comienzo. Rendición de cuentas y empleabilidad de los egresados. Sin embargo, mirar las Universidades sólo desde el punto de vista de la empleabilidad supone limitar lo que de verdad significa la “educación superior”. Si bien a corto plazo pensar que nuestros titulados encuentran trabajo y mantenemos unas tasas de empleabilidad razonables puede hipotecar el futuro. Veamos qué significa esto.

La universidad, ¿realmente vale lo que cuesta? El reciente documental Ivory Tower (Rossi, 2014) trata de responder a esta pregunta analizando la realidad actual de la educación superior norteamericana. Se muestra el problema del endeudamiento; en qué invierten las Universidades para “captar” estudiantes, en el contexto de competitividad entre instituciones; y también experiencias pedagógicas “al margen” o “baratas” para los estudiantes. Uno de los elementos más significativos del sector universitario estadounidense es el endeudamiento de estudiantes y sus familias que, según la cinta, asciende a 1 billón de dólares –sin contar con el endeudamiento de las propias instituciones académicas–, lo que en conjunto supone una amenaza de colapso total para el sistema universitario estadounidense.⁷²

Por otra parte, aparece descritas experiencias pedagógicas que, en algunos casos, se sitúan al margen de la propia universidad como el movimiento “Uncollege”, o el programa “20 under 20” de Peter Thiel (se trata de una beca –*Thiel Fellowship*, en la actualidad– que ofrece \$100.00 para dotar de recursos a quienes dejen la universidad para fundar empresas innovadoras).

72 Al respecto pueden consultarse algunos textos interesantes, que también muestran la perspectiva histórica del problema: Baum, S. & O’Malley, M. (2003). College on Credit: How Borrowers Perceive Their Education Debt. *Journal of Student Financial*, 33:3. Disponible en: <http://publications.nasfaa.org/jsfa/vol33/iss3/1> (Consultado el 13.11.2014); Kametz, A. (2006). *Generation Debt : Why Now is a Terrible Time to be Young*. NY: Riverhead Books/Penguin; “Degrees of Debt”, *The New York Times*, May 12, 2012; “Driving Student Borrowers Into Default”, *The New York Times*, Nov. 3, 2014; o el reciente Informe de 2014, del Defensor para los créditos estudiantiles del *Consumer Financial Protection Bureau*, disponible en: <http://www.consumerfinance.gov/reports/annual-report-of-the-cfpb-student-loan-ombudsman-2014/>.

No podemos limitar la Universidad a la formación en competencias, no podemos pensar que la Universidad es una “escuela de negocios” (por muy bien que éstas estén situadas en los *ranking* internacionales y las primeras no). La Universidad es “algo más”. No podemos olvidar que, por ejemplo, “Google” nació como un proyecto universitario en 1996 cuando L. Page y S. Brin eran estudiantes de posgrado en computación en Standford. Es necesario no perder de vista ese “algo más” que suponen los procesos educativos y que, precisamente, dan sentido a que podamos hablar de “educación superior”. Peters lo expresaba con claridad, al poner el énfasis en la cuestión de las competencias o habilidades para diferenciar entre “educación” y “formación”. “No podríamos considerar a alguien educado por el mero hecho de dominar una competencia o una habilidad (Peters, 1996)”. Mientras que la formación acentúa la adquisición de competencias y desarrollo de habilidades la educación implica un sentido, una orientación, el *qué* hacer con esas cualidades (*the value condition*). En efecto, como la realidad se encarga de mostrarnos, podemos contar con muchos titulados en economía o en derecho que utilizan esos conocimientos precisamente para traspasar la legalidad y aumentar su patrimonio.

Sin embargo, enfocar la educación superior desde una perspectiva humanista puede parecer “caro”, por cuanto no existe una utilidad concreta a corto plazo. En este sentido, las Universidades corren el riesgo de convertirse en instituciones económicas, más que educativas que “venden diplomas y grados. Y los venden insistiendo sobre todo en el aspecto profesionalizador, esto es, ofreciendo cursos y especializaciones a los jóvenes con la promesa de obtener trabajos inmediatos y atractivos ingresos (Ordine, 2013, 79)”. Ordine centra su crítica en un modelo de educación superior orientado más a la búsqueda de ingresos que del saber; donde las relaciones educativas se tornan en relaciones clientelares; y en donde pocos se preocupan por cómo debería ser la calidad de la investigación y la enseñanza. No nos damos ya cuenta, concluye Ordine, de que separando completamente la investigación de la enseñanza se acaba por reducir los cursos a una superficial y manualística repetición de los existentes (p. 80).

Un ejemplo de la inesperada utilidad de lo “inútil” lo refiere el propio Steve Jobs en su célebre discurso en Stanford (citado en su biografía oficial),

“(…) de no haber asistido a las clases de caligrafía en [la Universidad de] Reed [institución de reconocido prestigio en artes liberales], el sistema operativo del Mac nunca habría tenido múltiples tipos de letra o fuentes con espaciado proporcional. Y como Windows se limitó a copiar a Mac, es probable que ningún ordenador personal los hubiera tenido (Isaacson, 2011: 69)”.

Al igual que N. Ordine, Nussbaum (2010) plantea la importancia de los saberes humanísticos para el mantenimiento de las democracias, y que éstas no se conviertan en meras democracias comerciales. En su obra “Sin fines de lucro” contrapone dos tipos de educación: “educación para la renta (o para el crecimiento económico)” y la “educación para la democracia”, y explica la importancia de determinadas aptitudes para la democracia (aptitudes tales como reflexionar sobre las cuestiones políticas;

reconocer a los otros ciudadanos como personas con los mismos derechos que uno; interesarse por la vida de los otros; poder emitir un juicio crítico, etc.). Sin embargo, como ella escribe, la prosperidad económica requiere de las mismas aptitudes necesarias para ser buen ciudadano (p. 30). Lo que nos lleva a pensar que conviene reflexionar también sobre la *calidad* de la vida democrática, el modelo económico (Zamagni, 2012); la sostenibilidad (Murga Menoyo, 2014), si bien esto excede con mucho el objeto de este trabajo.

Si entendemos la preocupación por el aseguramiento de la calidad en la educación superior sólo en términos de empleabilidad; o bien, para justificar la inversión o la reducción de los costes, flaco favor haremos entonces a la idea de calidad y excelencia de la Universidad. El humanismo que impregnó la génesis de la universidad puede, ahora, en el momento actual, actuar de brújula en unos tiempos, realmente, inciertos.

Por otra parte, en el Informe de la Comisión (2014) sobre los progresos en materia de garantía de calidad en la enseñanza superior,⁷³ se identifican una serie de tendencias o cuestiones clave en el aseguramiento de la calidad en la educación superior. Si en el anterior apartado tratábamos el *humus* en el que se desarrollará el aseguramiento de la calidad, en el Informe se identifican algunas problemáticas y tendencias para la garantía de calidad en ámbito europeo, en el futuro. En suma, podemos decir que existen tres tipos de peligros para el aseguramiento de la calidad:

1. Prestar más atención a los procesos y procedimientos que a los contenidos.
2. Acentuar el carácter de usuarios y clientes más que el de estudiantes y ciudadanos.
3. Limitar el aseguramiento de la calidad a la generación de confianza entre sistemas, reconocimiento, movilidad e información para la toma de decisiones políticas.

Ahora bien, en el mismo texto aparecen una serie de indicaciones que son realmente interesantes para comprender las futuras evoluciones del aseguramiento de la calidad. Un primer reto es el de incluir las TICs en el aseguramiento de la calidad, y ello en un doble sentido. Por un lado, propiciando nuevas formas para el aseguramiento de la calidad en las nuevas modalidades y metodologías de enseñanza que teniendo como base las TICs ofrecen múltiples posibilidades para el aprendizaje (como los MOOCs, por ejemplo). Por otro, incluir modalidades de aseguramiento de la calidad basadas en las TICs. En el texto se indica que:

⁷³ COM (2014) 29 final, de 28.1.2014. El Informe se articula en torno a una serie de preguntas: ¿cómo ha respaldado la garantía de la calidad a la comunidad académica, los estudiantes y otras partes interesadas en su consecución de los objetivos de calidad?; ¿Cómo ha ayudado la garantía de calidad a ampliar el acceso y velar por que los estudiantes finalicen sus estudios?; Cómo ha contribuido la garantía de calidad a que las instituciones proporcionen a sus estudiantes unas capacidades pertinentes y de alta calidad?; ¿Ha contribuido la garantía de calidad a la movilidad en los estudios y la internacionalización?.

“Los marcos de garantía de la calidad y las instituciones encargadas de la misma necesitan flexibilidad para dar apoyo a las instituciones en la adopción de unos métodos de enseñanza diferentes e innovadores, en la adaptación de sus conceptos de calidad y en la creación de nuevos indicadores que posibiliten estos cambios (...) algunos países están analizando la posibilidad de que los MOOCs sean evaluados por los organismos responsables de la garantía de calidad (p. 8)”.

Otra tendencia importante en la dirección apuntada en el párrafo anterior, es la de generar en las instituciones una auténtica cultura de calidad (y no sólo como un procedimiento de “marca de casillas”), implicando los SGIC en la dimensión pedagógica, para que sirva de apoyo a la enseñanza y al aprendizaje (p. 11). Esto es, abrir y flexibilizar los SGIC a las oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida en sus diversas modalidades y formas.

BIBLIOGRAFÍA

- ANECA (2007) *Guía para el diseño de sistemas de garantía interna de calidad de la formación universitaria*. Madrid: ANECA.
- ANECA (2007B) *Directrices, definición y documentación de sistemas de garantía interna de calidad de la formación universitaria*. Madrid: ANECA.
- ANECA (2007C) *Herramientas para el diagnóstico en la implantación del sistema de garantía interna de la calidad de la formación universitaria*. Madrid: ANECA.
- ANECA (2013) *Guía del modelo de certificación de la implantación de sistemas de garantía de calidad interna de calidad*. Madrid: ANECA.
- Aguado Odina; et al. (2000) Evaluación de la enseñanza universitaria: la UNED en el Plan Nacional de Evaluación de la Calidad de Universidades en España. *Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 3(2), 1-24.
- Callejo, J. (2001) Indicadores de evaluación de la educación a distancia en un sistema universitario. *Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 4(1), 1-15.
- Cogollo Flórez, J. M. (2014) Despliegue de la política de la calidad en instituciones de educación superior públicas usando los principios del *balanced scorecard*. *Trilogía. Ciencia, Tecnología y Sociedad*, 10, 103-117.
- Dale, R. (2007) Changing Meanings of ‘the Europe of Knowledge’ and ‘Modernizing the University’, from Bologna to the ‘New Lisbon’. *European Educación (Special Issue: The implications of Competition for the Future of Europe Higher Education)*, 39 (4), 27-42.
- ENQA (2005) *Criterios y Directrices para la Garantía de Calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior*. Madrid: ANECA.
- ENQA (2014) *The concept of excellent in higher education*. Brussels: ENQA.
- Lagrosen, S.; Seyyed-Hashemi, R. y Leitner, M. (2004) Examination of the dimensions of quality in higher education. *Quality Assurance in Education*, 12(2), 61-69.
- EU Comision-EACEA (2011) *Focus on Higher Education in Europe 2010: The Impact of the Bologna Process*. Disponible en: <http://bookshop.europa.eu/en/focus-on-higher-education-in-europe-2010-pbEC3210233/>.
- Eurydice (2014) *Modernisation of Higher Education in Europe: Access, Retention and Employability*. Disponible en: <http://bookshop.europa.eu/en/modernisation-of-higher-education-in-europe-pbEC0214422/>.

- García Aretio, L. (1998) Indicadores para la evaluación de la enseñanza en una universidad a distancia. *Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 1(1), 63-85.
- Grifoll, J. et al. (2009) *Quality Assurance of E-learning*. Helsinki: ENQA.
- Grifoll, J. (2009) E-learning in the context of the Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area (ESG). En autor, et al., *Quality Assurance of E-learning* (pp. 7-10) Helsinki: ENQA.
- Freire Seoane, M^a J. y Teijeiro Álvarez, M. (2010) Revisión histórica de la garantía de calidad externa en las instituciones de educación superior. *Revista de la Educación Superior*, 39(155), 123-136.
- Issacson, W. (2001) *Steve Jobs: la biografía*. Madrid: Debate.
- Michavila, F. y Zamorano, S. (2008) Panorama de los sistemas de garantía de calidad en Europa: una visión transnacional de la acreditación. *Revista de Educación (monográfico: "Tiempos de cambio universitario en Europa")*, 235-263.
- Mulcahy, D. G. (2008) *The Educated Person. Toward a New Paradigm for Liberal Education*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Murga Menoyo, M^a. A. (2014) Learning for a Sustainable Economy: Teaching of Green Competencies in the University. *Sustainability*, 6, pp. 2974-2992.
- Neave, G. (2001) *Educación Superior: historia y política. Estudios comparativos sobre la universidad contemporánea*. Barcelona: Gedisa.
- Nussbaum, M. C. (2010). *Sin fines de lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades*. Madrid: Katz.
- Ordine, N. (2013) *La utilidad de lo inútil*. Barcelona: Acantilado.
- Perez Juste, R. (1998) La calidad de la educación universitaria. Peculiaridades del modelo a distancia. *Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 1(1), 13-37.
- Pring, R. (2003). La polémica sobre los fines de la educación. En M. García Amilburu (Ed.) *Claves de la filosofía de la educación* (pp. 63-86). Madrid: Dykinson.
- Rama, C. y Granda, J. (2011) *El aseguramiento de la calidad de la educación virtual*. Perú: Universidad Católica de Los Ángeles de Chimbote.
- Ramos, F. J. et al. (2014) Herramientas para promover la equidad en la educación superior: el sistema de garantía interna de calidad de una Facultad de Educación. *Revista de Docencia Universitaria*, 12(2), 183-203.
- Reyero, D. (2014) La excelencia docente universitaria. Análisis y propuestas para una mejor evaluación del profesorado universitario. *Educación XXI*, 17(2), 125-143.

- Rifkin, J. (1995). *The End of Work: The Decline of the Global Labor Force and the Dawn of the Post-Market Era*. London: Putnam Publishing Group.
- Río Bermudez, L. (2008) Cómo implementar y certificar un sistema de gestión de calidad en la universidad. *Revista de Investigación en Educación*, 5, 5-11.
- Rossi, A. (2014). *Ivory Tower*. CNN-Paramount.
- Silvio, J. (2006) Hacia una educación virtual de calidad, pero con equidad y pertinencia. *Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento*, 3(1), 1-14.
- Trinidad Requena, et al. (2003). La evaluación del Plan Nacional de Evaluación y calidad Universitaria desde la Grounded Theory. *Papers*, 70, 83-113.
- UNESCO-OCDE (2005). *Directrices en materia de calidad de la educación superior transnacional*. Paris: UNESCO-OCDE.
- UNESCO (2010). Comunicado de la Conferencia Mundial de Educación Superior “La nueva dinámica de la educación superior y la investigación para el cambio social y el desarrollo”. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183277s.pdf>.
- UNED (2011) Manual de procedimientos del sistema de garantía interna de calidad de la UNED. Madrid: UNED. (2ª Ed.)
- UNED (2014) Manual del sistema de garantía interna de calidad de la UNED. Madrid: UNED. (3ª Ed.)
- Zamagni, Z. (2012) *Por una economía del bien común*. Madrid: Ciudad Nueva.

CAPÍTULO QUINTO

CONSIDERACIONES SOBRE LA CALIDAD Y SU GESTIÓN EN LAS ORGANIZACIONES

Aurelio Sáenz Gutiérrez

Licenciado en Medicina y Cirugía. Experto en Calidad, Dirección, Gestión y Derecho Sanitario.

Resumen

Partiendo de distintas formas de entender la calidad y del significado que tiene para una organización disponer de un sistema implantado de gestión de la calidad, se hacen una serie de consideraciones en cuanto a la evolución histórica de estos conceptos, así como de la integración de los mismos en cada uno de los modelos adoptados por las distintas organizaciones sobre las que trata este trabajo.

Por otra parte se describen las distintas dimensiones de la calidad, analizando el significado y el grado de importancia que cobran algunas de ellas en distintos entornos y su relación con la actividad formativa que en ellos se desarrolla.

El artículo termina con una serie de conclusiones sobre la gestión de la calidad y su influencia sobre la enseñanza que pueden ser válidas para cualquier organización que integre la formación como uno de sus principales valores.

Palabras clave

Calidad, organización, gestión, enseñanza, dimensiones, defensa, universidad, salud.

Abstract

Based on different ways of understanding the quality and the meaning for an organization to have a quality management system in place, a number of considerations are made about the historical evolution of these concepts, as well as their integration in each of the models adopted by the individual organizations considered on this work.

Moreover, the different dimensions of quality are described, analyzing the meaning and degree of importance that some of them collect in different environments and their relation to the training activity that takes place in them.

The article ends with a series of conclusions on quality management and its influence on teaching that may be valid for any organization that integrates training as one of its core values.

Keywords

Quality, organization, management, teaching, dimensions, defense, university, health.

A lo largo de este texto se han descrito distintas experiencias que relacionan la gestión de la calidad con la enseñanza y formación de profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito de la Defensa, la Universidad y la Salud.

Definir la “calidad” no es tarea sencilla, este concepto se basa a veces en criterios cuya valoración encierra un alto nivel de subjetividad e incluso, aun definiendo indicadores aparentemente objetivos, no siempre están valorados por igual por distintos observadores; de hecho a lo largo de la historia ha ido variando la forma de entender y definir “la calidad” y su gestión dentro de las organizaciones. Propondremos una primera definición entendiendo la Calidad como idoneidad o aptitud para el uso. Un producto o servicio será de Calidad si sirve para lo que está previsto que sirva. (Juran)

Afirmar que una organización dispone de un sistema de “gestión de la calidad”, implica que existe un enfoque sistemático para establecer y cumplir los objetivos de “calidad” por toda la empresa, debiendo para ello:

- Tener establecidos tanto la política como los objetivos relacionados con la calidad.
- Tener elaborados los planes para cumplir esos objetivos.
- Proveer los recursos que hacen falta para llevar a cabo los planes.
- Realizar controles para evaluar los progresos con respecto a los objetivos y para actuar adecuadamente.
- Proveer la motivación para estimular al personal a cumplir los objetivos.

En este capítulo haremos una serie de reflexiones sobre la calidad, considerándola desde el punto de vista evolutivo de los sistemas de gestión de la calidad y desde el punto de vista de las dimensiones más relevantes.

La forma en que se ha llevado a cabo la gestión de la calidad en las empresas a lo largo de la historia ha ido cambiando conforme ha ido cambiando la sociedad, la industria y los servicios; así desde el punto de vista evolutivo se marcan tres fases bien diferenciadas:

La primera es la fase de “control de calidad”, etapa que se caracteriza por tratar de conseguir la calidad mediante la realización de inspecciones y ensayos para comprobar si un determinado producto cumple con las especificaciones establecidas previamente.

Como sistema único de gestión de la calidad, se trata sin duda de un sistema poco competitivo, ya que evalúa el producto al final de su proceso y previo a su entrega. Se aseguraría así la entrega de un producto que cumple criterios de calidad a costa de tener que desechar el producto terminado que no cumple estos criterios.

Con la evolución y el desarrollo social y tecnológico, organizaciones e industrias relacionadas con la energía nuclear, la aeronáutica, la salud, la defensa, no pueden permitirse fallos en la calidad de sus productos; es necesario prevenir los fallos de calidad antes de sufrir las consecuencias de los mismos.

Se incorpora a la Gestión de la Calidad el concepto de la “prevención”, que se desarrolla sobre esta nueva idea en las empresas bajo la denominación de “aseguramiento de la calidad”.

Esta segunda fase se centra en la definición de los procesos, el desarrollo de procedimientos y en la normalización de los productos, entendiendo que si se siguen los procedimientos, el producto cumplirá las características de calidad establecidas en la “normalización”, previniendo así los posibles defectos.

La tercera fase, denominada “calidad total”, se basa en la idea de que todas las funciones de la organización deben mejorar continuamente, con objeto de conseguir una mayor eficiencia y conseguir los mejores resultados.

Este modelo pretende lograr una participación espontánea y positiva del personal, siendo necesario establecer una cultura empresarial basada en la persona, teniendo en cuenta su opinión, aceptando e integrando sus buenas ideas, proporcionando formación y consiguiendo en definitiva su implicación. Atkinson (1990) define la calidad total como “el compromiso de toda la organización de hacer bien las cosas”.

Esta exposición desde el punto de vista histórico evolutivo, ilustra distintos modelos de gestión de la calidad pero no indica en modo alguno que cada uno de ellos haya sido superado y sustituido por el siguiente, de hecho los tres modelos se combinan en mayor o menor medida en las distintas organizaciones, dependiendo de su tipo de gestión, naturaleza de sus productos o servicios, de sus recursos, etc.

En el Ministerio de Defensa se utiliza un sistema de Gestión de la Calidad basado en el “Aseguramiento de la Calidad” que el propio Ministerio define como “conjunto de actividades encaminadas a proporcionar confianza en que todas las características de un producto o servicio son acordes con las necesidades o expectativas que el demandante establece, incluidas las de carácter normativo u obligatorias que el propio producto o servicio lleva asociado”.

El modelo de aseguramiento de la calidad se centra en los procesos, ya que tal como se extrae de la norma ISO 9001 (Sistemas de Gestión de la Calidad), para que una organización funcione de manera eficaz, tiene que identificar y gestionar múltiples procesos, considerando como tales aquellas actividades relacionadas entre sí que utilizan recursos y que se gestionan, con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados.

Este modelo asegura la calidad de sus productos mediante la normalización, un producto es de calidad cuando cumple los requisitos establecidos para ese producto de forma normalizada. Además los requisitos del sistema de gestión de la calidad se

integran en la serie de normas AQAP/PECAL 2000, que contienen requisitos de la ISO 9001 más requisitos específicos OTAN.

El segundo sistema de gestión de la calidad que consideramos en el grupo de trabajo es el establecido por la Universidad Nacional de Educación a Distancia, que consiste en un modelo propio de aseguramiento de la calidad denominado “Sistema de Garantía Interna de Calidad de la UNED”. Este modelo toma como referencia las Directrices para la elaboración de títulos universitarios oficiales establecidas por el Ministerio de Educación y Ciencia, los Criterios y directrices para la garantía de calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior promovidos por ENQA (European Association for Quality Assurance in Higher Education) y las directrices establecidas por la ANECA a través del Programa AUDIT.

La garantía de calidad ha sido descrita en el Programa AUDIT como la atención sistemática, estructurada y continua a la calidad en términos de su mantenimiento y mejora. Esta garantía de calidad ha de permitir a estas instituciones demostrar la calidad de sus programas y títulos, mostrando además el compromiso de poner en marcha los medios que aseguren y demuestren esa calidad.

El desarrollo de sistemas de garantía de calidad exige un equilibrio adecuado entre las acciones promovidas por las instituciones universitarias (garantía interna) y los procesos de garantía de calidad favorecidos desde las agencias de evaluación (garantía externa). Este equilibrio configura el modelo de garantía de calidad del sistema universitario de referencia que implica:

- Analizar las necesidades y expectativas de los estudiantes, así como de otros grupos de interés, con relación a la formación que se ofrece en la institución universitaria.
- Establecer los objetivos y el ámbito de aplicación del sistema de garantía interna de calidad.
- Determinar los criterios de garantía de calidad.

El tercer sistema de gestión de la calidad que consideraremos es el diseñado por la Consejería de Sanidad y Consumo basado en el Modelo EFQM de Excelencia (European Foundation for Quality Management). En este sentido, se elaboró una guía de trabajo para las gerencias y hospitales del Sistema Sanitario Madrileño, con objeto de facilitar la implantación del Modelo mediante un proceso de autoevaluación que permita orientar a las organizaciones a la mejora continua.

La EFFQM define los criterios que debe cumplir una empresa conforme se acerca a la “excelencia”, asignando un valor relativo a cada uno de ellos:

Liderazgo (10%): Valora cómo los líderes desarrollan la misión, visión y valores y principios éticos y cómo actúan como modelo de referencia dentro de una cultura de Excelencia (2%), cómo se implican personalmente para garantizar el desarrollo,

implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización (2%), cómo interactúan con clientes, partners y representantes de la sociedad (2%), cómo refuerzan una cultura de Excelencia entre las personas de la Organización (2%) y cómo definen e impulsan el cambio en la organización (2%).

Política y Estrategia (8%): Valora cómo la política y estrategia se basa en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés (2%), cómo se basa en la información de los indicadores, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas (2%), cómo se desarrolla, revisa y actualiza (2%), cómo se comunica y despliega mediante un esquema de procesos clave (2%).

Personas (9%): valora la Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos (1,8%), la Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización (1,8%). Asimismo, valora la Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización (1,8%), la existencia de un diálogo entre las personas y la organización (1,8%), la recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización (1,8%).

Recursos y Alianzas (9%): Valora la Gestión de las alianzas externas (1,8%), la Gestión de los recursos económicos y financieros (1,8%), la Gestión de los edificios, equipos y materiales (1,8%), la Gestión de la tecnología (1,8%) y la Gestión de la información y del conocimiento (1,8%)

Procesos (14%): Valora el Diseño y gestión sistemática de los procesos (2,8%), la Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor (2,8%). También considera el Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes (2,8%), la Producción, distribución y servicio de atención, de los productos y servicios (2,8%) y la Gestión y mejora de las relaciones con clientes (2,8%)

Resultados en los Clientes (20%): valorando las Medidas de percepción (15%) y los Indicadores de rendimiento (5%)

Resultados en las Personas (9%): valorando también las Medidas de percepción (6,75%) y los Indicadores de rendimiento (2,25%).

Resultados en la Sociedad (6%): valorando Medidas de percepción (1,5%) e Indicadores de rendimiento (4,5%).

Resultados Clave (15%): valorando los Resultados Clave del Rendimiento de la Organización (7,5%) y los Indicadores Clave del Rendimiento de la Organización (7,5%).

El objetivo de este proceso de autoevaluación es doble, tratando por un lado de identificar puntos fuertes en la organización y por otro definir áreas susceptibles de ser mejoradas.

En línea con este doble objetivo, el Modelo EFQM de Excelencia permite flexibilidad en su aplicación, a fin de que la autoevaluación aporte información sobre las fortalezas y las áreas de mejora de la organización, en aquellos aspectos más importantes respecto a su actividad y grado de madurez en materia de calidad.

La autoevaluación se concibe como un examen global, sistemático y regular de las actividades y resultados de una Organización (o una parte de la misma) comparados con un Modelo de Excelencia. Proporciona un enfoque objetivo, riguroso y estructurado para el diagnóstico e impulso de la mejora continua, fomentando la implicación y formación del personal.

En todo caso, como elemento de diagnóstico, la autoevaluación prevista en el Modelo aplicable al Sistema Sanitario Madrileño en sí misma no supone una mejora de las diferentes debilidades encontradas en una organización, por lo que se hace necesario completar el trabajo mediante el diseño e implantación de acciones o medidas correctoras, en la dinámica del ciclo de mejora continua. Estas actividades se han de traducir de forma práctica en la constitución y puesta en marcha de grupos de mejora en las diferentes organizaciones que se van implicando en el proyecto.

Al comienzo del capítulo y como introducción a un análisis más amplio, hacíamos una primera aproximación al concepto de calidad de acuerdo con la definición de Juran, entendiendo la Calidad como idoneidad o aptitud para el uso: Un producto o servicio será de Calidad si sirve para lo que está previsto que sirva.

Ahora bien, cuando se analiza la calidad en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio: Un producto o servicio tiene calidad si además de servir para lo que está previsto que sirva, cubre las necesidades del cliente (Deming).

También podemos definir la Calidad, no solo en función de la satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio, sino considerando además que cubre sus expectativas y por lo tanto consigue su satisfacción (Ishikawa).

Podemos ir incluyendo en la definición diferentes dimensiones de la calidad, muchas de ellas mencionadas en los distintos capítulos de este texto como son:

La “calidad científico técnica”, que hace referencia a la competencia profesional, a la capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existente para abordar los problemas y llevar a cabo las actividades propias de su profesión.

La “eficacia”, que hace referencia al beneficio probable de una determinada práctica en condiciones ideales de uso, mientras que la “efectividad” hace referencia al beneficio obtenido por una determinada práctica en condiciones reales de uso.

La “eficiencia” se define en términos de la relación entre consumo de recursos y producto, es decir un máximo de producto dada una cantidad de recursos determinada, o un mínimo consumo de recursos dada una determinada exigencias de producto.

La “accesibilidad” puede definirse como la facilidad con que una determinada práctica, producto o servicio llega a la población. Está relacionada con aspectos propios de cada organización además de las barreras económicas, culturales y emocionales.

La “satisfacción” es la medida en que el producto o servicio cumplen con las expectativas del usuario.

Aprovechamos aquí para hacer una reflexión sobre una de las dimensiones de la calidad más utilizada y quizás más controvertida de las que habitualmente se consideran en todas las organizaciones; esta controversia nace al menos en parte, de la dificultad de identificar claramente al cliente y conseguir que toda la organización comparta el mismo concepto.

Aunque parece imposible que una empresa no tenga identificado y asumido por todos los trabajadores quién es su cliente, el concepto se diluye en empresas grandes y aún más en organizaciones cuyo cliente es la sociedad o cuyo producto constituye un bien social.

Aún resulta más complicado cuando hablamos de los profesionales y sus funciones en la organización y en la sociedad, tema que ha sido ampliamente analizado en la primera parte de este trabajo en el capítulo “Naturaleza y características del servicio como bien económico” (J. Bestard)

Cuando se considera la “satisfacción” se dispone de una dimensión que ofrece argumentos y justificaciones a múltiples protagonistas que se mueven en distintos escenarios, así se puede hablar de satisfacción del cliente interno como excusa a veces del escaso enfoque hacia el cliente de algunas organizaciones. Cuántas veces el “cliente” se ha preguntado si el horario de atención al público, de una empresa de servicios por ejemplo, está diseñado para conseguir la satisfacción del cliente o la de los profesionales que trabajan en ella.

Esto no quiere decir que tengan otro orden de importancia la motivación del personal, la implicación, el desarrollo profesional, la formación... pero hay que pensar que quizás estamos hablando de otras dimensiones de la calidad.

Esta confusión pone a veces en peligro la verdadera enseñanza y formación continuada en algunas empresas, precisamente por el valor y la importancia que en general los profesionales damos a la formación, hasta el punto que es considerada desde hace décadas como un elemento enormemente motivador.

Muchas organizaciones utilizan la formación como un incentivo, llegando a ofertar cursos formativos que nada tienen que ver con el enriquecimiento y desarrollo profesional. La evaluación de dichas actividades se lleva a cabo por medio de encuestas realizadas al finalizar un curso, en el que los participantes se han sentido realmente a gusto, pero cuyo valor formativo o su aplicación en la vida laboral no se ha considerado siquiera en la evaluación.

Otra dimensión interesante a tener en cuenta es la “adecuación”, que hace referencia a la relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población a la que van dirigidos. Una vez más se pone de manifiesto la necesidad de establecer la importancia relativa de las distintas dimensiones de la calidad, ya que lo que puede ser una distribución de servicios adecuada en el conjunto geográfico o social, puede no cumplir las expectativas individuales generando cierta insatisfacción.

En estas líneas hemos considerado algunas de las dimensiones de la calidad que nos han parecido más relevantes en este tema, no obstante hay que tener en cuenta que se van definiendo o desagregando de las ya definidas hasta alcanzar una identidad propia, dimensiones de justificada importancia como sostenibilidad, seguridad, confidencialidad, etc.

Para poder evaluar la calidad es necesario emplear una metodología y utilizar unas herramientas que aseguren la objetividad. Lo primero a establecer son los criterios que se van a utilizar para esta medida, entendiendo por criterio (requisito o norma) aquellos aspectos concretos y relevantes que indican que el servicio o el producto cumple su cometido, es decir, si cumple con las “características que se pretendían en su diseño”, si es “apto para el uso”, si satisface las necesidades y expectativas de los usuarios para quienes está pensado.

Una vez establecidos los criterios, es necesario asignar a cada uno de ellos un valor, por encima del cual consideramos que en este aspecto el nivel de calidad es aceptable.

Una clasificación de los indicadores que puede ser interesante es la propuesta por Donabedian, agrupándolos en indicadores de estructura, proceso y resultados. Hay que tener en cuenta que una estructura buena o aceptable es necesaria pero no suficiente para obtener un producto o realizar un servicio de “calidad”. Si con esta estructura se realizan procesos bien diseñados, el producto obtenido será de calidad.

Este razonamiento en muchas ocasiones se interpreta por parte de los profesionales como que es necesario un incremento de recursos para que se produzca un aumento de la calidad. Es de sobra conocida la “resistencia al cambio” que existe en las organizaciones y que se manifiesta mediante expresiones del tipo “siempre se ha hecho así”, justificando con ellas la falta de procesos y procedimientos documentados.

Quizás es el momento de llamar la atención sobre la importancia de lo que indicamos al hablar del “sistema de gestión de la calidad” en una organización, que exige “tener establecidos tanto la política como los objetivos relacionados con la calidad”, ya que de ello dependerá el peso relativo de cada una de las dimensiones de la calidad a considerar. Este razonamiento lógico no es fácilmente aplicable al menos en muchos casos; de hecho en organizaciones grandes, es difícil que todos los profesionales conozcan la política y los objetivos relacionados con la calidad. También se sigue cayendo en el error de comparar, dando la misma importancia a las mismas dimensiones de la calidad, organizaciones que tienen una misión y unos objetivos e intereses distintos, aunque desarrollen su actividad en el mismo sector.

Por otra parte, tal como se comentó en el primer artículo de este documento, otro factor que añade complejidad a lo expuesto hasta ahora es la diferencia en cuanto a la relación cliente proveedor, resultando evidente que “no es lo mismo la relación cliente-proveedor existente entre una persona que acude a la consulta privada de un médico, que la relación cliente-proveedor de una persona que acude a un hospital y es atendida por un médico contratado por el hospital”. De igual forma, a la hora de evaluar algunas dimensiones de la calidad (p. e. satisfacción, accesibilidad, adecuación) no es igual recibir formación de un profesor elegido y contratado por un alumno que la recibida dentro de una organización que contrata y asigna profesores, independientemente de las preferencias del alumno.

Hemos visto aspectos relacionados con algunas de las dimensiones más relevantes de la calidad para poner de manifiesto que en la práctica habitual, la valoración de la calidad de una organización, depende de la interpretación que los observadores hagan de las distintas dimensiones, no obstante hay que decir que esto aun siendo lo habitual no es lo correcto. De ahí la necesidad de evaluar la calidad de una forma “sistemática”, de acuerdo al “sistema de gestión de la calidad” adoptado por la organización.

Cada modelo de gestión de la calidad integra un procedimiento de evaluación, bien por parte de un sistema de auditoría externo que certifica periódicamente la conformidad con lo establecido de forma normalizada, bien mediante sistemas de autoevaluación reglados y que se desarrollan de forma participativa por los profesionales de la organización.

CONCLUSIONES

Una primera conclusión parte de la propia definición de “sistema de gestión de la calidad”, entendiéndose por tanto que toda Organización que pretenda disponer de un Sistema de Gestión de la Calidad, tiene que tener claro cuál es su política y cuáles son sus objetivos relacionados con la calidad. La política y los objetivos relacionados con la calidad han de ser establecidos por la alta dirección o el máximo nivel de autoridad.

No es raro encontrar en las organizaciones y empresas, tanto públicas como privadas, discusiones a muy distintos niveles sobre cuál es la misión de la empresa, cual es la razón de ser de la misma y lo que debería hacerse en cada momento. Esta discusión sobre la esencia misma de la empresa no solo hace perder tiempo sino que además impide una alineación común del pensamiento hacia un mismo objetivo y, en definitiva, imposibilita el trabajo en equipo. Por otra parte, genera frustración en los profesionales, que no llegan a entender el objeto e importancia de su trabajo y el lugar que ocupan en la organización.

Otro elemento importante a tener en cuenta es el concepto de “sistema”, que en este caso hace referencia a gestionar la calidad de una forma global y sistemática. No se debe abordar la gestión de la calidad de una forma parcelada y puntual, ya que en este caso es difícil que la cultura de la “calidad” alcance a toda la organización.

Una segunda conclusión que se desprende del análisis de la calidad desde un punto de vista histórico evolutivo es que control, aseguramiento y calidad total, aunque forman parte de la evolución de la calidad a lo largo de la historia, no se debe interpretar que cada fase supera a la anterior, convirtiéndola en obsoleta e innecesaria, sino que cada una de ellas constituye una aportación más a la gestión de la calidad. En toda organización son necesarias, en mayor o menor medida, prácticas propias de estas tres fases para conseguir una excelencia mantenida y un alto nivel de calidad en sus productos o servicios.

Entendemos, por lo tanto, que el sistema óptimo de gestión de la calidad en una organización es aquel que integra tanto el control de la calidad de sus productos o servicios como el aseguramiento de la calidad, identificando y gestionando perfectamente sus procesos y consiguiendo además la implicación de todos sus profesionales. No se entendería, por tanto, la organización que al adoptar un sistema de gestión de la calidad de acuerdo a un modelo de excelencia o de “calidad total” descuidara el control de la calidad de sus productos - servicios o la identificación y documentación de sus procesos.

Trasladando este razonamiento al concepto de la enseñanza dentro de la organización, cualquier organización que incorpore la formación como elemento importante de su “Misión”, debe incorporar procedimientos que permitan controlar la calidad de esta formación garantizando sus resultados, asegurar la identificación, descripción,

documentación y realización de los procesos que intervienen en el desarrollo formativo e incluso conseguir la participación e implicación de sus profesionales.

La tercera conclusión se hace más evidente cuando hablamos de las dimensiones de la calidad y del valor relativo de cada una de ellas. Reforzamos aquí la idea que comentamos en párrafos anteriores, cuando la misión no es compartida por todos los profesionales, situación que se da con relativa frecuencia, se establecen discusiones entendiendo la calidad desde dimensiones distintas; así los profesionales hablan de la calidad desde la perspectiva de la dimensión científico técnica, las “direcciones” hablan de la calidad desde el punto de vista de la eficiencia, los que desempeñan sus funciones en áreas relacionadas con el cliente hablan de satisfacción.

Pensamos por tanto que cada organización, dependiendo de su “misión”, ha de establecer una ponderación de cada una de las dimensiones de calidad a valorar. Resulta obvio que dimensiones como la satisfacción, la equidad, la accesibilidad, no tienen la misma importancia relativa en distintas empresas.

Una cuarta conclusión hace referencia al diseño de indicadores. La evolución y desarrollo del concepto de calidad aplicado a la enseñanza, obliga a incorporar indicadores que permitan conocer el nivel de calidad que alcanza determinada actuación formativa, tanto a lo largo de su desarrollo como en el resultado conseguido sobre el conocimiento o las competencias adquiridas por el alumno.

Uno de los objetivos del diseño de indicadores es poder llevar a cabo un seguimiento de la calidad a lo largo del tiempo, sirviendo de base para el desarrollo de ciclos de mejora continua de la calidad (o ciclos PDCA), elemento fundamental de los modernos sistemas de gestión de la calidad.

Siguiendo este razonamiento, la Joint Commission International Accreditation (JCIA), organización que promueve la demostración de una mejora continua y sostenida en las organizaciones sanitarias, mediante la aplicación de indicadores y estándares de consenso, aporta tres definiciones de indicador que son perfectamente válidas para el ámbito de la enseñanza:

- Elemento de medición de la actuación de sistemas o procesos a través del tiempo.
- Valor estadístico que indica la condición o dirección de la realización de un proceso o el logro de resultados a lo largo del tiempo.
- Variable de medición (o característica) utilizada para establecer el grado de cumplimiento de un objetivo de calidad.

La JCIA habla de indicadores haciendo referencia a procesos, resultados y objetivos de calidad, entendiendo que lo más operativo para la mejora continua es considerar la calidad de procesos y resultados en base a una estructura establecida. Este planteamiento sale al paso de lo que comentábamos en este mismo capítulo sobre las dificultades que

se presentan en ciertas organizaciones, cuando se vincula directa y unívocamente la calidad a la estructura y recursos disponibles.

Aun siendo conscientes de las dificultades, si queremos hablar de gestión de la calidad en la formación es necesario definir indicadores que permitan valorar la repercusión real de las actividades formativas, de otro modo la mejora continua de la calidad resulta prácticamente imposible.

Es importante analizar todas las dimensiones de la calidad y ponderar o clasificar en orden de importancia, aquellas dimensiones que de acuerdo a la misión de la organización tienen mayor relevancia. De no trabajar en este sentido, se seguirá valorando la calidad de las actividades formativas desde el prisma de la satisfacción, dimensión fácil de medir pero cuyos resultados son difícilmente interpretables.

Cuando hablamos de postgrado y cursos de formación continuada, la fórmula más común de evaluar una acción formativa se limita a pasar una encuesta el último día del curso, en la que se responde a preguntas relacionadas con el grado de satisfacción del alumno con los distintos elementos que han formado parte de la actividad. En otras ocasiones, la fórmula se limita a evaluar indicadores de “cómo se ha desarrollado el proceso” mediante hojas de asistencia, material docente empleado, documentación entregada, etc.

Cuando se trata de valorar la calidad formativa de las titulaciones universitarias, que capacitan oficialmente para el ejercicio profesional, uno de los indicadores utilizados es la empleabilidad; no obstante, como se ha expuesto en otros capítulos, el indicador está influenciado quizás más por la demanda social, por la realidad económica o por el entorno tecnológico del momento que por la calidad de la formación recibida. Digamos que la validez de este indicador queda en entredicho.

Pocas veces se diseñan o analizan indicadores que midan realmente la repercusión de la formación sobre el desarrollo del trabajo de los profesionales a medio o largo plazo.

Para que un indicador sirva de herramienta de medida de la calidad ha de ser válido, fiable, sensible y específico:

- Su valor se ha de corresponder con lo que realmente queremos medir (validez).
- Aplicando el proceso de medición más de una vez, se deben obtener valores similares (fiabilidad).
- Deben tener capacidad para detectar variaciones de la dimensión o aspecto de la calidad que pretendemos medir (sensibilidad).
- Deben medir sólo la cualidad que deseamos medir y no otra (especificidad).

Consideraciones a tener en cuenta y que pueden servir de ayuda a la hora de diseñar indicadores, son:

- Redactar el enunciado del indicador, considerando la dimensión o el aspecto relacionado con la calidad que se va a medir o monitorizar.
- Definir y aclarar los términos que puedan inducir a error.
- Concretar la población diana a la que se refiere el indicador (en este caso los alumnos o los profesionales a los que va dirigida la formación).
- Explicar el formato del indicador: ratio, razón, proporción, indicador centinela.
- Indicar la fuente posible de datos.
- Describir factores que puedan influir en la variación del indicador.

Una vez construido el indicador, se puede proponer un estándar, definido como “el nivel de actuación o cumplimiento considerado aceptable respecto a un criterio determinado”. La consecución de este nivel traduce la buena calidad en el sistema.

La fijación de un estándar para un indicador determinado no siempre resulta sencillo, ya que en la mayor parte de las ocasiones se trata de un valor relativo que depende de múltiples factores. Estos factores van desde los relacionados con los alumnos y con su entorno hasta los relacionados con las características del propio equipo docente, como puede ser su tiempo de funcionamiento y experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Atkinson, "Creating culture Change: The key to Successful Total Quality. Management". IFS Publications (1990).
- Antoñanzas A., Magallón R. Medición de la Calidad: criterios, normas, estándares, requisitos, indicadores. En: Saturno P. J. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Dupont Farma; 1997. Tomo II. 71-107.
- Aranaz J. M., Leutschera E., Gea M.T., Vitaller J - El aseguramiento y la acreditación sanitaria. Qué opinan sobre la acreditación los directivos sanitarios españoles - Rev Calidad Asistencial 2003;18(2):107-114.
- Argimon Pallás J.M., Jiménez Villa J., Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 2ª edición. Barcelona: Harcourt; 1999.
- Davins J. – Construcción y análisis de indicadores para monitorizar la calidad. - En: Saturno P.J. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Dupont Farma; 1997. Tomo II. 249-268.
- Guía para la evaluación de la calidad de los Servicios Públicos, Ministerio de la Presidencia, Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios, MADRID-2009.
- Joint Commission Internacional Accreditation. Estándares internacionales de acreditación de Hospitales. Barcelona: Viena Serveis Editorials, S L; 2001.
- Juran J.M., Juran y la Planificación para la Calidad, Ed. Díaz de Santos, Madrid, 1.990.
- Manual del sistema de garantía interna de calidad de la UNED - 3ª edición - Enero 2014.
- Maiz E. La difusión de resultados y la mejora continua de la asistencia sanitaria. Rev Calidad Asistencial 2001;16:86-89.
- Manual de aplicación, Criterios y Subcriterios Modelo EFQM, Versión 2013, Dirección General de Atención al Paciente - Subdirección General de Calidad, Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano Comunidad de Madrid. - Marzo 2014.
- Ministerio de Defensa - Aseguramiento de la calidad, consultada el 17 de enero de 2015. Disponible en: www.defensa.gob.es.
- W. Edwards Deming, Calidad, productividad y competitividad, la salida de la crisis, Editorial Diaz de Santos – Madrid 1989.

COMPOSICIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO

Presidente

Dr. Aurelio Sáenz Gutiérrez

Experto en Calidad, Dirección, Gestión y Derecho Sanitario.

Coordinadora

María Luisa Pastor Gómez

Consejera Técnica (CESEDEN).

Vocales

Dr. Juan J. Bestard Perelló

Experto en Planificación, Dirección, Gestión y Derecho Sanitario.

José Antonio Cruz Moro

Teniente coronel del Ejército de Tierra.

Dra. Ana I. Sánchez Atrio

Doctora en Medicina. Profesora de la Universidad de Alcalá de Henares.

D. Juan García-Gutiérrez

Profesor de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Las ideas contenidas en este trabajo son de responsabilidad de sus autores, sin que refleje necesariamente el pensamiento del CESEDEN, que patrocina su publicación.

