

## ARTÍCULOS ORIGINALES

### Implementación de un programa de calidad para un servicio de radiodiagnóstico.

Pérez García, E. Enfermero, especialista en radiología y electrología, operador de instalaciones de radiodiagnóstico.

Moreno García, CC. Técnico superior de imagen para el diagnóstico.

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Infanta Elena (Huelva). SAS.

estebanpegar@wanadoo.es

cefemoreno@gmail.com

Recibido: 11/04/08

Aceptado: 05/05/08

#### Resumen

La excelencia en la atención al paciente se logra aplicando programas de calidad en los centros y servicios sanitarios.

Pero no debemos tender sólo a conseguir una buena calidad científicotécnica, también hemos de intentar conseguir una buena calidad percibida. Para ello aplicamos el modelo SERVQUAL que trata, mediante nueve dimensiones (accesibilidad, capacidad de respuesta, fiabilidad, comunicación, cortesía, competencia, seguridad, credibilidad y tangibilidad) realizar una medida de ésta última.

La aplicación del modelo citado, en la práctica, se realiza por los denominados programas de calidad. Uno de éstos es el programa MARTE.

En el servicio de radiodiagnóstico de nuestro centro (Hospital Infanta Elena) hemos elaborado y pretendemos aplicar un documento de calidad, basándonos en el programa MARTE, para elevar la calidad percibida y conseguir altas cotas de satisfacción por parte del usuario y, por ende, del profesional.

**Palabras clave:** calidad, calidad percibida, modelo SERVQUAL, programa MARTE

#### Introducción

Una excelente gestión clínica se basa en el buen "uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos" para lograr la mejor atención posible. Es decir, en aplicar correctamente los conceptos de efectividad (mejora de los resultados de la práctica clínica), eficacia (mejorar el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado de los pacientes) y eficiencia (optimización de costes) (1, 2, 3).

Todos los teóricos que hablan sobre temas de calidad aplicada a un servicio sanitario diferencian entre una calidad científico-técnica y una calidad percibida por el usuario. Se puede ofrecer una excelente calidad científica y técnica, pero ésta no ser valorada por el usuario por retrasos en las citas, malas condiciones estructurales, dificultad de acceso, falta de amabilidad, poca informa-

#### Summary

*Excellence on attention to patients is achieved by applying quality programs at sanitary services centres.*

*Nevertheless we mustn't tend only to achieve a good scientific-technical quality, we must also try to achieve a sense of good quality perceived in order to carry out a measurement of this, we apply the model SERVQUAL, which considers nine dimensions (accessibility, capacity of response, reliability, communication, politeness, competitiveness, security, credibility, tangibility).*

*The application of the named model, in practice is carried out by the denominated quality programs, one of which is MARTE.*

*A quality document has been elaborated at the radio-diagnostic services of our centre (Hospital Infanta Elena), document we pretend to apply basing on the program MARTE in order to elevate the perceived quality and achieve high levels of satisfaction among our patients and consequently our staff.*

**Key words:** quality, perceived quality, model SERVQUAL, program MARTE.

ción, excesiva burocracia, lenguaje excesivamente técnico, trato incorrecto, pérdida de exploraciones, falta de material, pérdida de la intimidad, ... (4, 5, 6, 7, 8).

Según lo expuesto, para conseguir altas cotas de calidad total, debemos mantener una alta calidad científico-técnica sin olvidar la calidad percibida por el usuario.

El paciente y sus familiares no entienden si el proceso técnico se ha efectuado convenientemente, pero si perciben la calidad desde otro punto de vista más humana o general, más prosaico. Quieren ser bien atendidos.

Según Avedis Donabedian, gran teórico de la calidad aplicada al producto y las relaciones sanitarias, "el valor último de la calidad del cuidado es la efectividad del cuidado en lograr y producir SALUD Y SATISFACCIÓN, considerando que si los pacientes se sienten insatisfechos, el cuidado, aunque de alta calidad, no es el ideal del consumidor" (5).

Algunos autores (Parasuraman et al) idearon el modelo SERVQUAL que pretende medir la calidad percibida. Dicho modelo establece nueve dimensiones como base para valorar la calidad, éstos son (7, 9, 10):

- Accesibilidad (física y telefónica, horario adecuado, tiempo de espera,...).
- Capacidad de respuesta (que ésta no se demore excesivamente en el tiempo).
- Fiabilidad (hacer las cosas bien a la primera).
- Comunicación (lenguaje comprensible, saber escuchar, poder ser oído,...).
- Cortesía.
- Competencia (conocimiento y habilidades del personal, buena organización interna,...).
- Seguridad (respeto a la intimidad y salvaguarda de la seguridad física).
- Credibilidad (de la empresa o servicio como tal).
- Tangibilidad (instalaciones, materiales, decoración, equipo, fácil localización).

Basados en el modelo SERVQUAL surgen una serie de programas para evaluar, monitorizar y potenciar, en lo posible, la calidad percibida por el usuario. Uno de éstos es el programa MARTE, cuyo autor es el Dr. Martín Tejedor Fernández y cols. Dicho autor propone un plan cuyos componentes serían (11, 12, 2).

- 1) Misión: Es la razón de ser de la unidad, qué papel juega el servicio dentro de la organización. Debe ser una definición clara, concisa y que no deje lugar a equívocos.
- 2) Coordinador de calidad: Persona que lidera la implantación y coordinación del programa y que tiene unas funciones concretas (se detallan más adelante).
- 3) Cartera de clientes: Determina quienes son los receptores de nuestros servicios. Pueden ser internos y externos.
- 4) Cartera de servicios: Se podría definir como el listado de servicios que se ofertan por parte de la unidad funcional de que se trate.
- 5) Análisis, evaluación y previsión de actividad anual: A partir de la cartera de servicios y de la actividad precedente podríamos conocer cómo se ha (o se va) comportado la actividad asistencial en términos cuantitativos (volumen de ingresos, índices de ocupación,...). También tendríamos referencias para la gestión del personal (tasas de absentismo, periodos pico) y la gestión de los recursos materiales.
- 6) Gestión de procesos: evaluación y control: Se trata de estudiar cuales son los procesos más prevalentes en la unidad y tratar de protocolizar la actuación sobre ellos. De este modo podríamos reordenar los flujos de trabajo. Protocolizando el 20% de los procesos más frecuentes en la unidad seremos capaces de tener bajo control hasta el

80% de la actividad.

7) Indicadores asistenciales: Piedra angular de todo programa de calidad. Son los verdaderos centinelas que nos alertan sobre posibles desviaciones en los objetivos marcados. Necesitan ser definidos, formulados, dimensionados, justificados y tener un estándar de referencia para ser valorados. Serían guías de control para valoración cuantitativa de una actividad, nos facilitan pues "el control, seguimiento y evaluación de la calidad de esa actividad" (13).

8) Cuadro de mandos: Todos los datos recogidos sobre medición de indicadores, evaluaciones periódicas del programa, balances,... se editarían periódicamente (ej. mes a mes) en el cuadro de mandos.

9) Sesiones de calidad: Se convocaran con la periodicidad que decida el equipo, el responsable del programa y/o el responsable de la unidad.

## Desarrollo

Tomando como base de partida el programa MARTE, hemos elaborado el documento que ahora pasaremos a desarrollar y cuya pretensión es su instauración en nuestro servicio de radiodiagnóstico. Pretendemos únicamente garantizar altas cotas de calidad percibida por el usuario y llevar a cabo una buena gestión de la calidad. Dicho escrito parte como primer documento (o documento cero) y a partir de éste, tal y como se vaya desarrollando la aplicación del programa, deberemos ir haciendo aquellas modificaciones necesarias para garantizar la operatividad y utilidad del mismo. Fundamentalmente éstas últimas vendrán determinadas por los resultados de los indicadores que proponemos. Siguiendo con el esquema trazado por el programa MARTE tendremos:

### Misión:

La misión es la descripción de la entidad que pretende medir su calidad. Es una auténtica toma de conciencia sobre el ser o no ser de la empresa, en nuestro caso de cualquier servicio sanitario. Qué aportamos al sistema, qué aportamos a la organización y si, realmente, la unidad tiene razón de ser dentro del hospital, centro de salud,...

Para resolver esta cuestión hemos de responder a dos preguntas fundamentales. ¿Qué somos? y ¿qué hacemos dentro de la organización?

En nuestro caso la respuesta a la primera pregunta es obvia, "somos una unidad de radiodiagnóstico".

La respuesta a la segunda pregunta debe dejar claro cual es nuestro papel dentro de la organización y que lo que hacemos no puede realizarlo ninguna otra unidad. La respuesta, concisa, debe ir al grano y en nuestro caso

sería “prestamos servicios de apoyo al diagnóstico mediante técnicas de obtención de imágenes y cubriendo las necesidades y expectativas, de manera satisfactoria, que manifieste y/o detectemos en el paciente”.

#### **Coordinador de calidad:**

Según el programa de referencia debe haber una persona responsable de la gestión de la calidad. Ésta debe garantizar la aplicabilidad del mismo y las correcciones adecuadas para garantizar su idoneidad. Aunque el máximo responsable de la calidad asistencial son el jefe de servicio y el supervisor de la unidad, el nombramiento de coordinador puede recaer en otro componente del equipo (sin menoscabo de la responsabilidad de los primeros).

Entre las funciones del coordinador estarían:

- Custodiar y mantener al día los documentos necesarios del programa (registros, protocolos, medición de indicadores,...)
- Presentar periódicamente (según se establezca) el análisis y la valoración de los resultados y analizar el desarrollo de éstos según las acciones de mejora que previamente se propusieron.
- Asegurar su formación en materias relacionadas con la calidad asistencial y promover actividades docentes relacionadas con ésta y con carencias detectadas en la unidad. La formación en materia de calidad le llevaría a ser capaz de detectar problemas de no calidad y a proponer las acciones de mejora pertinentes.
- Comprobar la marcha del programa realizando auditorías del mismo.
- Elaborar informes sobre resultados para la dirección y/o a requerimiento de ésta.
- Mantener el cuadro de mandos o parrilla de resultados.
- Ser capaz de liderar grupos de mejora.

#### **Cartera de clientes:**

Viene a determinar “quiénes son los receptores de nuestros servicios”. Puede ser una persona concreta (de nuestro servicio o no) u otra unidad del centro o del sistema (en caso de grandes hospitales un centro de referencia). Podrían ser, pues, internos y externos.

Entre los internos podemos identificar a:

- Pacientes, reales o potenciales.
- Familiares, acompañantes y/o cuidadores.
- Trabajadores de la unidad (radiólogos, enfermeros, técnicos especialistas,...).
- La propia organización como demandante de servicios (ej. programa de detección de cáncer de mama).

Entre los externos:

- Clínicos de diferentes especialidades y/o unidades.
- Médicos MIR.

- Mujeres/clientes del programa de detección precoz del cáncer de mama (estas mujeres acuden en horario de no actividad programada).

#### **Cartera de servicios:**

Se define como el listado y descripción de los servicios que se ofertan (enfermedades que se tratan, intervenciones quirúrgicas, pruebas analíticas, pruebas complementarias,...) a los clientes internos y externos.

En nuestra unidad se realizan los siguientes estudios:

- Radiología convencional y con aparato telemando (estudios dinámicos).
- Ecografía y ecografía Doppler.
- Tomografía computarizada.
- Mamografía y mamografía con esterotaxia.
- Radiología intervencionista (nefrostomía percutánea, flebografías, PAAF).

La cartera de servicios determina, claramente, la cartera de servicios. Si ampliamos ésta última aumentaremos la primera.

#### **Análisis, evaluación y previsión de actividad:**

En este apartado pretendemos conocer la actividad en términos cuantitativos y realizar una previsión de la actividad futura, como ya se indicó anteriormente.

Para ello contamos con las siguientes herramientas:

- Control mediante estadísticas (en años anteriores).
- Memorias de la unidad (actividad, absentismo, docencia,...).
- Programa GSIR (programa informático en el que queda reflejada toda la actividad realizada día a día, e incluso turno a turno. Su instauración se realizó en el año 2007).
- En nuestro servicio está prevista la instalación de un aparato de resonancia magnética.

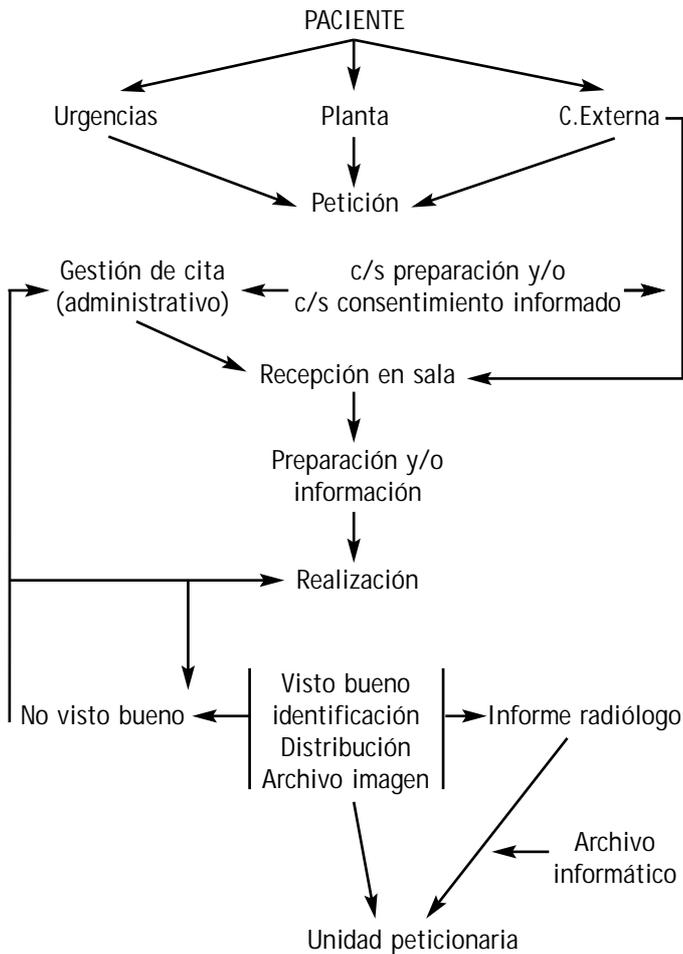
#### **Gestión de procesos:**

Se trata de reordenar los flujos de trabajo y como se definió anteriormente, tener bajo control los procesos más prevalentes. La gestión de procesos va encaminada a “aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales”.

En definitiva, se trata de protocolizar la actividad (al menos los procesos más prevalentes) para garantizar una excelente asistencia al cliente y una perfecta guía a los profesionales de nueva incorporación.

Sin menoscabo de los protocolos que puedan existir, en toda unidad deberá reglamentarse el “camino” que seguirá el paciente una vez requiera sus servicios. En nuestra unidad este punto lo hemos desarrollado en el siguiente esquema:

Esquema de gestión de proceso del servicio de radiodiagnóstico.



### Indicadores asistenciales:

Son la auténtica piedra angular de todo programa de calidad. Como ya se ha señalado deben ser definidos, formulados, dimensionados, justificados y estandarizados (según la bibliografía disponible sobre el tema que se pretenda medir). Es decir, cada uno de ellos lleva implícita la elaboración de una ficha técnica donde debe quedar reflejado y bien acotado todo lo referente a ese indicador (11).

#### Ficha indicador

- Nombre del indicador
- Diagnóstico del enfermero
- Dimensión del indicador
- Justificación
- Tipo
- Fórmula
- Explicación de términos
- Población
- Estándar
- Fuente de datos
- Comentarios

Los indicadores deben medir la calidad científicotécnica, la calidad percibida y la seguridad de los pacientes y del personal.

Pueden ser de suceso centinela o basado en un índice y según los sucesos que miden pueden clasificarse en (2):

- Indicador de resultado.
- Indicador de proceso.
- Indicador deseable.
- Indicador indeseable.

No obstante, la explicación de todos los términos aquí expresados haría excesivamente extenso el presente artículo. Por lo tanto, no pasaremos a profundizar sobre ellos, remitiendo al lector a la bibliografía existente sobre el tema.

La formulación de los indicadores que vamos a utilizar en nuestro servicio es:

#### -Estudios suspendidos:

Nº de estudios que necesitan preparación y son suspendidos (6 meses) x100

Nº de estudios que necesitan preparación realizados en ese periodo

#### -Reclamaciones:

Nº de pacientes que ponen reclamaciones al servicio (6 meses) x100

Nº total de pacientes estudiados en ese periodo

-Extravasaciones:

Nº de pacientes a los que se extravasó el contraste IV (6 meses) x100

Nº total de pacientes a los que se inyectó contraste IV

-Petición incorrectas:

Nº de peticiones incorrectamente rellenadas (6 meses) x100

Nº total de peticiones en ese periodo

Como se puede observar, y según lo indicado anteriormente, sólo desarrollamos la formulación de cada indicador.

Además, el lector avezado comprobará que pretendemos comenzar por indicadores fácilmente abordables para, posteriormente, ir aumentando la complejidad de éstos. O, incluso, a la vista de los resultados y las mediciones, desechar aquellos que por sus resultados no nos sirvan para proponer acciones de mejora y, por tanto, no tengan una clara incidencia sobre la calidad prestada.

#### Cuadro de mandos:

Se refiere a los registros de los datos que se vayan recabando. Se diseñarán las planillas que sean adecuadas.

#### Sesiones de calidad:

Creemos que la "cultura" de calidad debe ir impregnando el quehacer diario de los profesionales sanitarios. Para ello hemos realizado dos tipos de sesiones, las primeras han ido encaminadas a explicar el concepto de calidad y el programa que queremos implementar. Las segundas han sido totalmente participativas tratando de implicar y motivar a los compañeros. Para ello realizamos sesiones de grupos de mejora utilizando la técnica "Brainstorming" o lluvia de ideas, con herramientas como la priorización de problemas y el Diagrama de Ishikawa.

#### Conclusión

Si queremos aumentar la satisfacción del usuario con la asistencia recibida, y por ende la del profesional, tendremos que aplicar algún tipo de programa de calidad. Las acciones aisladas no sirven, pues sólo satisfacen a un paciente y profesional concreto y, en modo alguno, representan la totalidad de clientes ni de trabajadores del servicio.

Éste debe estar estandarizado, ser conocido y aceptado por todos los miembros del equipo y contar con el beneplácito de los responsables de la unidad.

En la actualidad estamos dando los primeros pasos que nos conduzcan a la excelencia en la prestación de nuestros servicios. Hemos diseñado el documento que aquí se explica (aunque no en su totalidad). Se ha presentado al resto de profesionales y sometido a debate y reflexiones.

Esperamos que el camino emprendido nos lleve a conseguir las metas que nos proponemos, que aunque ambiciosas, creemos se pueden alcanzar.

#### Bibliografía

- 1.- Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. *Revista Calidad Asistencial* 2002; 17(5):305-311.
- 2.- Tejedor Fernández M, Pérez JJ, García Alegría J. Gestión clínica: aplicación práctica en una unidad hospitalaria (II). *Revista Calidad Asistencial* 2003;18(2):125-131.
- 3.- Juliá J, Gómez FT, Lozano P, Cororminas C, Rimbau EM. Gestión clínica en un servicio de angiología y cirugía vascular. Resultados de la aplicación de algoritmos de manejo clínico. *Gaceta sanitaria* 2003; 17(5):430-432.
- 4.- Fernández Sola C, Granero Molina J. Reclamaciones del usuario. Un instrumento evaluador de los cuidados enfermeros. *Index enfermería* 2004; 13(47):21-25.
- 5.- Pujiula-Masó J et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de calidad asistencial. *Enfermería Clínica* 2006; 16(1):19-26.
- 6.- Junca Ubierna JA. Accesibilidad universal. Una necesidad de la sociedad del siglo XXI. *Revista Rol Enf* 2004; 27(4):290-300.
- 7.- González-Valentín MA, Padín López S, de Ramón Garrido E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enfermería Clínica* 2005; 15(3):147-155.
- 8.- De Haro-Fernández F, Martínez-López MB. Instrumentalizar la comunicación en la relación enfermera-paciente como aval de calidad. *Revista Calidad Asistencial* 2002;17(8):613-618.
- 9.- Prieto Rodríguez MA, Gil García E, Heierle Valero C, Frías Osuna A. La perspectiva de las cuidadoras informales sobre la atención domiciliaria. Un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático. *Revista Española de Salud Pública* 2002; 76(5):613-625.
- 10.- Lillo Crespo M, Casabona Martínez I, Galao Malo R, Mora Antón MD. Enfermería transcultural en el contexto de la práctica clínica: evaluación de la calidad y satisfacción en los cuidadores extranjeros centro-europeos hospitalizados en la Clínica Vistahermosa de Alicante. *Investigación & Cuidados* 2003; 1(1):7-11.
- 11.- Aparcero Bernet L, López Rodríguez L, González Burquillos JA, Rubio Revuelta J, Tejedor Fernández M. Propuesta de diseño de programa de gestión de calidad para una unidad de enfermería: Programa MARTE. *Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología* 2005; 95:30-34.
- 12.- Fernández Escobar F, Gómez Rodríguez A, Martín Toscazo AB, Rúa Beldades J, Sánchez Fernández MM. Programa de calidad de la unidad de cuidados intensivos. *Documentos enfermería* 2007; 26:11-13.
- 13.- García Fernández C, Cano Sánchez L, Lucas Imbernón FJ, López González A. Análisis de la calidad en un servicio de urgencias hospitalarias. *Ciber revista* 2003; XIII.

#### Bibliografía consultada

- Técnicas de imagen: proceso de soporte. Sevilla: Consejería de salud, 2004. Dep.Leg: SE-2546-04
- Junta de Andalucía. [www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos](http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos)
- Sociedad Española de Radiología (SERAM): [www.seram.es](http://www.seram.es)