



24 Juan José Zamora Sánchez
Mario Blanco Rodríguez

Núcleo Central de Calidad, Capiro Sanidad

Correspondencia:

Juan José Zamora Sánchez
Av. Comunidad Europea, nº 10, 3º, 2º dcha.
08917-Badalona (Barcelona)
Tfno.: 93 162 66 86
E-mail: jzamora@ozu.es

Indicadores de calidad en los centros 31
socio-sanitarios del grupo Capiro
Sanidad

*Quality indicators in Capiro group
geriatric centers in Spain*

RESUMEN

Introducción: Se presenta el cuadro de mandos de socio-sanitario utilizado en el grupo Capiro Sanidad como instrumento de gestión del sistema de calidad. **Objetivos:** Impulsar la mejora cualitativa, de forma continuada y sostenida, en todos los centros socio-sanitarios del grupo. Ello implica el desarrollo de una sistemática de gestión por procesos. Establecer una sistemática de medición que permita evaluar la consecución de los objetivos de calidad y la comparabilidad interna y externa. **Material y métodos:** En el Núcleo Central de Calidad (NCC) se ha definido un cuadro de mandos integral para centros socio-sanitarios, formado por indicadores básicos relacionados con los procesos identificados en cada ámbito, a partir de su propio mapa de procesos. Todos los indicadores disponen de fichas descriptivas de su contenido, que se hallan a disposición de las personas con acceso al portal de calidad en la intranet corporativa. Los grupos promotores de calidad (NPC) constituidos en cada centro se encargan de integrar la información de los indicadores y la envían trimestralmente al NCC, que aporta los resultados globales a la dirección corporativa. Con independencia de los indicadores básicos, cada propietario de proceso determina y define los indicadores específicos que considere adecuados para el control completo de su proceso. Cuando se superan los límites de alarma preestablecidos, automáticamente se ponen en contacto los grupos de calidad implicados (corporativo y de centro) para gestionar medidas de mejora inmediatas. **Resultados:** El NCC evalúa trimestralmente la implantación de los indicadores básicos en los centros del grupo, siendo el objetivo para el año 2006 que se supere el 80%. Se describen los indicadores de los procesos estratégicos, de atención socio-sanitaria, de soporte asistencial y de soporte no asistencial. **Conclusiones:** El sistema de monitorización de indicadores utilizado se ha mostrado como un instrumento eficaz y válido, que permite la evaluación de procesos, la comparación entre centros, la fijación de objetivos de mejora y objetivar su logro.

PALABRAS CLAVE

Indicadores de calidad, gestión de calidad, sistemas de información.

SUMMARY

Introduction: We present the geriatric center control panel used by Capiro Spain as an instrument for managing the quality system. **Objectives:** Stimulate qualitative improvements in a continuous and sustained manner in all Capiro Spain geriatric centers. This necessitates the development of a system of management-by-process. Establish a barometer system which permits the assessment of quality-objective attainment along with internal and external comparability. **Material and methods:** The Central Quality Core (CQC) has laid out a global control panel for geriatric centers consisting of basic indicators related to the processes identified in each area, all in accordance with their own Process Map. All indicators have corresponding description files detailing their content; these are made available to those with access to the quality portal located in the corporate intranet. Each center quality promotion group (QPC) is responsible for compiling the information regarding the indicators and forwarding it to the CQC on a quarterly basis; the CQC will then inform corporate management of its overall findings. Independently of the basic indicators, each process owner determines and defines the specific indicators that he/she finds suitable for the complete control of the process in question. When the pre-established alert levels are surpassed, the responsible quality groups (at both corporate and center levels) automatically contact each other. **Results:** Each quarter, the CQC assesses the introduction of the basic indicators, with the goal that all Capiro centers achieve 80% fulfilment by 2006. A description as to the indicators is provided regarding strategic processes, geriatric care, health care- and non-health care support. **Conclusions:** The system used for monitoring indicators has proven to be valid and effective: it allows for the assessment of processes, inter-center comparison, the designing of improvement objectives and an unbiased analysis of their fulfilment.

KEY WORDS

Quality indicators, quality management, information systems.

INTRODUCCIÓN

Capio es la empresa líder en asistencia sanitaria privada en Europa, con presencia en ocho países: Suecia, España, Noruega, Dinamarca, Finlandia, Reino Unido, Francia y Suiza.

En España se denomina Capio Sanidad, siendo la compañía más importante del país en provisión de servicios sanitarios, a través de una red de centros en todo el territorio español. Su mercado se concreta en usuarios de cualquier tipo de cobertura: privado, mutualidades o cobertura pública. Cuenta con 22 centros, entre hospitales, clínicas y centros de asistencia sociosanitaria.

Capio Sanidad adopta decididamente políticas de calidad, fundamentadas en el proceso de mejora continua, y al mismo tiempo, desarrolla instrumentos de evaluación internos y externos que permiten la identificación de oportunidades de mejora, la comparación y la medida de resultados. Por tanto el despliegue de indicadores se muestra como una medida útil, al medir aspectos concretos de la calidad a partir de la identificación de las áreas relevantes (Fig. 1).

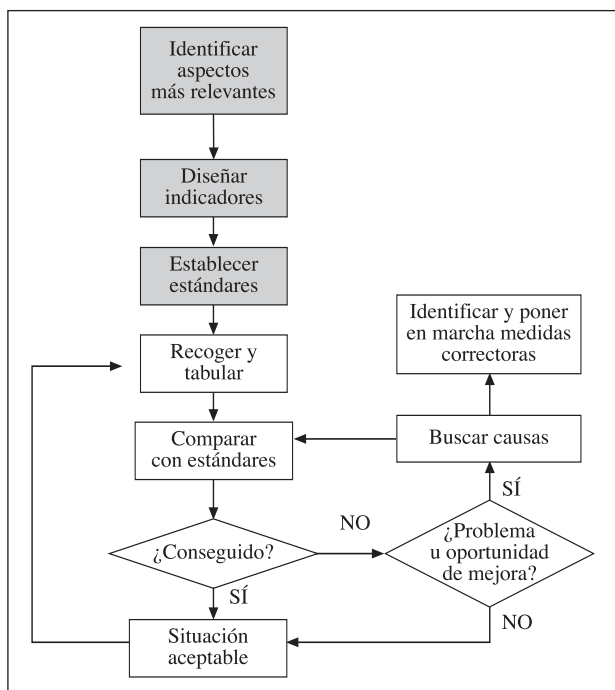


Fig. 1. Diseño de indicadores de calidad. Fundación Avedis Donabedian, 2002.

El uso indicadores de calidad reporta los siguientes beneficios:

- Permiten evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos de calidad.
- Facilitan el control de los procesos monitorizados, obteniéndose resultados objetivos y válidos, que pueden servir como señal de alarma precoz o para identificar áreas de mejora y de excelencia.
- Permiten la comparación y *benchmarking* entre centros.

En el ámbito nacional existen recientes experiencias en la elaboración de indicadores orientados a centros sociosanitarios: en Cataluña y la Comunidad Valenciana, se diseñaron indicadores básicos mediante el consenso entre administración, profesionales y usuarios, para la evaluación externa de las residencias asistidas de personas mayores, que permitiera evaluar la situación del sector, que se realizó por parte de la Fundación Avedis Donabedian (Cataluña 2000, y Valencia 2002) (1, 2).

Las dimensiones básicas de evaluación eran las siguientes:

- *Atención a la persona.* Valoración inicial, plan de atención personalizado, promoción de la autonomía, programas y protocolos.
- *Relaciones y derechos de la persona.* Acogida al centro, relaciones con la familia y la comunidad, satisfacción.
- *Confort, entorno y servicios hoteleros.* Personalización e intimidad del entorno, higiene del centro.
- *Organización del centro.* Funcionamiento del equipo interdisciplinar, formación continuada de los profesionales.

Con una metodología similar a la anterior, actualmente, la Generalitat de Catalunya a puesto en marcha un proyecto de evaluación del sector sociosanitario a través de indicadores elaborados con el consenso del sector (3).

A nivel internacional, un referente importante es el de la *Joint Commission*, del que obtenemos excelentes referencias tanto para centros de agudos como sociosanitarios (4, 5).

Estas experiencias previas han sido de utilidad para la elaboración de un cuadro de mandos integral para la gestión de los centros sociosanitarios, incorporándose todos los procesos de aplicación (estratégicos, clave, de soporte asistencial y de soporte no asistencial), y no sólo los de atención sanitaria, que suelen ser los que mayoritariamente se citan en la bibliografía (6), de modo que sea un instrumento de gestión útil para todos los ámbitos del centro, siguiendo el modelo de la norma ISO 9001:2000 (7), por la que todos están acreditados.

El despliegue completo de los indicadores que presentamos a continuación y su consolidación permitirán la evaluación y control de forma periódica y sistemática de los procesos de los centros sociosanitarios del grupo Capio Sanidad.

MÉTODOS

El cuadro de indicadores fue elaborado por los miembros del Núcleo Central de Calidad (NCC), que es una unidad específica destinada a la gestión de la calidad en el grupo.

Teniendo en cuenta el objetivo de la mejora continua en todos los ámbitos, en el Núcleo Central de Calidad se han definido en torno a unos cincuenta indicadores básicos para los centros sociosanitarios, abarcando todas las áreas relevantes del centro, a partir de su propio mapa de procesos (Fig. 2), que se estructura de la siguiente manera:

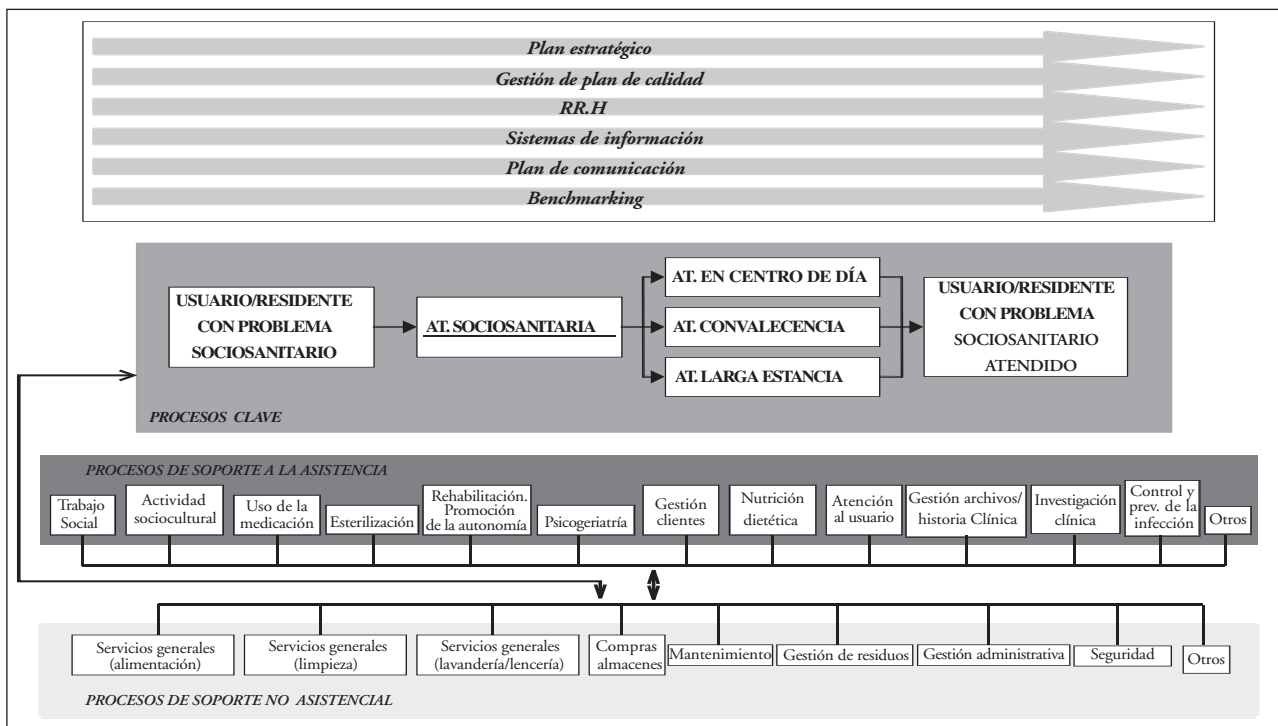


Fig. 2. Mapa de procesos. Centros socio sanitarios.

Procesos estratégicos

Son aquellos vinculados al desarrollo de las estrategias fundamentales del centro, los cuales deben, a su vez ser coherentes con las estrategias del grupo. Lo conforman los siguientes procesos: plan estratégico, recursos humanos, gestión del plan de calidad, sistemas de información, plan de comunicación y *benchmarking*.

Proceso clave

La atención socio sanitaria, que es el servicio fundamental de los centros socio sanitarios.

Procesos de soporte asistencial

Vinculados directa o indirectamente al desempeño de los procesos clave. Básicamente se trata de procesos intermedios, tanto sean asistenciales o paraasistenciales: trabajo social, actividades socioculturales, rehabilitación y promoción de la autonomía, psicogeriatría, etc.

Procesos de soporte no asistencial

Vinculados a la gestión administrativa, logística, de mantenimiento, etc. Necesarios para el desarrollo de los procesos clave y de soporte asistencial.

Cada proceso identifica los indicadores que permiten reconocer el estado de situación y evolución del conjunto del proceso. Existen indicadores básicos, de común aplicación para el conjunto de los centros del grupo.

Todos los indicadores básicos disponen de fichas descriptivas de su contenido, que se hallan a disposición de las personas con acceso al portal de calidad en la intranet

corporativa. Estas fichas incluyen la denominación, definición, tipología, ámbito, fuente, objetivo de resultado y límites de alarma, de forma que permiten la homogeneización de criterios (Anexo I).

Los grupos promotores de calidad (NPC) constituidos en cada centro se encargan de integrar la información de los indicadores, cuyos resultados son analizados mensualmente (cada proceso tiene un propietario responsable de la gestión del mismo, miembro o no del NPC). Cada trimestre se remiten los resultados del período al NCC, que a su vez aporta los resultados globales a la dirección corporativa.

Con independencia de los indicadores básicos, cada propietario de proceso determina y define los indicadores específicos que considere adecuados para el control completo de su proceso.

Cuando se superan los límites de alarma preestablecidos, automáticamente se ponen en contacto los grupos de calidad implicados (corporativo y de centro) para gestionar medidas de mejora inmediatas. Todos los centros socio sanitarios están tutelados por un técnico de calidad del NCC, que acude a las reuniones mensuales de todos los centros (4 centros).

RESULTADOS

A continuación se citan los indicadores distribuidos por procesos.

Procesos estratégicos

Recursos humanos

Media de horas de formación interna por trabajador; porcentaje de absentismo y porcentaje de absentismo

34 cubierto, porcentaje de expedientes de personal completos.

Gestión de calidad

Número de reuniones mensuales del equipo interdisciplinar con acta.

Proceso clave (atención sociosanitaria)

Porcentaje de entrega del plan de acogida al ingreso; porcentaje de residentes con valoración geriátrica inicial (VGI) antes de los 30 días de ingreso; porcentaje de residentes con reevaluación anual de la VGI; porcentaje de residentes con registro de peso mensual; porcentaje de residentes hipertensos con registro semanal de tensión arterial; porcentaje de residentes diabéticos con registro semanal de glicemia; porcentaje de residentes con constancia de seguimiento escrito mensual en la historia clínica; número de casos con encamamiento superior a 48 h (un mismo residente puede generar más de un caso); nivel medio de autonomía, según escala Barthel; porcentaje de residentes dependientes para la higiene con registro semanal de la misma; prevalencia de incontinencia urinaria; incidencia de úlceras por presión intrainstitucional (un mismo residente sólo será contabilizado una vez como incidente); tasa de caídas accidentales de residentes por cada 1.000 estancias; número de casos en los que se aplica inmovilización física (la inmovilización periódica pautada se considera como una única aplicación —un mismo residente puede generar más de un caso—); incidencia de *exitus*; porcentaje de *exitus* acompañados por los

familiares; valoración global de los usuarios y de las familias obtenidas en grupos focales de residentes y familiares, de periodicidad semestral/anual (puntuación media global sobre base 4 [mal, regular, bien, muy bien]) (Tabla 1). 27

Procesos de soporte asistencial

Uso de la medicación

Número de errores de administración de fármacos, detectados o informados.

Esterilización

Número de incidencias en el proceso de esterilización.

Gestión de clientes

Número de traslados a centros sanitarios de referencia, por razones médicas.

Atención al usuario

Número de quejas y reclamaciones escritas (oficiales o no) realizadas por residentes o familias; número de quejas y reclamaciones verbales formuladas por residentes o familias, registradas como incidencias; y tiempo medio de respuesta de las reclamaciones.

Archivos e historias clínicas

Porcentaje de historias clínicas revisadas del total de residentes.

Porcentaje de historias clínicas completas, que cumplan los requisitos establecidos por el NCC:

Tabla 1. Indicadores de calidad. Proceso clave: atención sociosanitaria

Indicador	Descripción	Tipo de indicador
Plan de acogida	Cumplimentación de la entrega del plan acogida a los nuevos residentes	Porcentaje
Valoración geriátrica Inicial (VGI)	Existencia de una VGI antes de los 30 días del ingreso	Porcentaje
Reevaluación anual de VGI	Residentes con VGI anual sobre el total de residentes	Porcentaje
Plan de atención multidisciplinar inicial (PAM)	Existencia de PAM antes de los 30 días del ingreso	Porcentaje
Reevaluación anual del PAM	Residentes con PAM anual sobre el total de residentes	Porcentaje
Seguimiento nutricional	Nº. residentes con constancia de peso y límites de alarma/total de residentes	Porcentaje
Seguimiento hipertensos	Nº. de residentes hipertensos con control semanal de tensión arterial	Porcentaje
Seguimiento de diabéticos	Nº. de residentes diabéticos con control semanal de glicemia	Porcentaje
Seguimiento historias clínicas	Nº. residentes con anotación escrita mensual/total de residentes	Porcentaje
Residentes no autónomos	Nº. casos de encamamiento de más de 48 h	Numérico
Índice medio de autonomía	Media de puntuación de autonomía, según Barthel	Media
Valoración de la higiene	Nº. residentes con higiene semanal registrada/total residentes	Porcentaje
Prevalencia de la incontinencia	Nº. residentes con incontinencia urinaria/total residentes	Porcentaje
Incidencia de úlceras por presión (UPP)	Nº. residentes con UPP intrainstitucional/total residentes atendidos	Porcentaje
Caídas accidentales	Nº. caídas/1.000 estancias	Tasa
Inmovilización física	Nº. de casos con inmovilización física/total de residentes	Porcentaje
<i>Exitus</i>	Nº. de <i>exitus</i> /total de residentes atendidos en el período	Porcentaje
Acompañamiento del <i>exitus</i>	Nº. de <i>exitus</i> Acompañados por la Familia/total <i>exitus</i>	Porcentaje
Valoración global del usuario	Puntuación media global sobre base 4 (opinión usuarios)	Media
Valoración global de las familias	Puntuación media global sobre base 4 (opinión familias)	Media



- Valoración geriátrica integral en los primeros 30 días y reevaluación anual. Debe contemplar las dimensiones física, cognitiva, psicológico-emocional y social.
- Escalas de valoración (Norton, Barthel, Minimal o Pfeiffer).
- Plan de actuación.

Control y prevención de la infección

Incidencia de infección urinaria, constatada por clínica evidente, sedimento o urocultivo y tratada farmacológicamente, detectados a partir del ingreso en el centro, durante el período de análisis –un mismo residente puede generar más de un caso–, e incidencia de accidentes por fluidos biológicos en trabajadores.

Trabajo social

Número de familias participantes en actividades socioculturales programadas por el centro/número de residentes participantes en actividades socioculturales programadas por el centro.

Actividades socioculturales

Número de residentes participantes en actividades socioculturales/total de actividades socioculturales.

Rehabilitación y promoción de la autonomía

Porcentaje de residentes en seguimiento del programa de rehabilitación del total de residentes tributarios.

Psicogeriatría

Porcentaje de residentes en seguimiento del programa de psicogeriatría del total de residentes tributarios.

Nutrición y dietética

Porcentaje de residentes que necesitan ayuda del personal sanitario para comer. Incluye cortar y preparar los alimentos y dar de comer a los residentes, dietas terapéuticas sobre el total, y porcentaje de nutriciones enterales.

Procesos de soporte no asistencial

Alimentación

Puntuación media global sobre base 4 (mal, regular, bien, muy bien) de la opinión de los usuarios, referida a la calidad de la alimentación, obtenida en un grupo focal de residentes, de periodicidad semestral/anual; incidencia en la toma de temperatura de los alimentos cocinados (la temperatura durante la cocción de los alimentos debe ser superior a 65° C).

Limpieza

Puntuación media global sobre base 4 (mal, regular, bien, muy bien) de la opinión de los usuarios, referida a la calidad de la limpieza, obtenida en un grupo focal de residentes, de periodicidad semestral/anual; número de incidencias en limpieza (regular o mal) en la revisión periódica de limpieza del total de revisiones realizadas.

Lencería

Número de incidencias por pérdida de ropa personal de residentes.

Compras y almacenes

Número de veces en las que se produce una ruptura de *stock* (*stock* cero) en productos de almacén central (no en los periféricos). Afecta únicamente a productos en los que se halla prevista la existencia de un *stock* mínimo, incidencias en pedidos, y porcentaje de proveedores evaluados.

Mantenimiento

Cumplimentación del plan de mantenimiento preventivo, tanto de equipos médicos como de instalaciones. A partir del reconocimiento de todos los equipos médicos e instalaciones tributarios de mantenimiento preventivo y de la planificación de la periodicidad en la que deben ser revisados, se establece el porcentaje de equipos e instalaciones que se hallan conformes al estar dentro del período comprendido entre la última revisión y la próxima. Se incluyen los equipos de mantenimiento subcontratado y los extintores; tiempo medio en días entre la solicitud de servicio de mantenimiento correctivo y su realización. No se tendrán en cuenta las solicitudes repetidas para la misma reparación, contabilizándose el tiempo desde la primera solicitud.

DISCUSIÓN

El sistema de monitorización de indicadores utilizado se ha mostrado como un instrumento eficaz y válido, que permite la evaluación de procesos, la comparación entre centros, la fijación de objetivos de mejora y objetivar su logro.

Como refiere Muslera-Canclini (8), el disponer de indicadores objetivos permite a las organizaciones hacer comparaciones en tres direcciones:

1. Señalar el grado de cumplimiento de las metas que se marque la propia organización.
2. Determinación de las distancias que la separan de las organizaciones de su entorno.
3. Contemplar la percepción que las personas usuarias tienen de la organización para responder a sus demandas.

Se trata de un modelo dinámico, puesto que a la relación de indicadores básicos comunes en todos los centros sociosanitarios del grupo, se le añaden los indicadores de centro específicos, adaptados a las necesidades y particularidades de cada uno de ellos.

AGRADECIMIENTOS


A Montserrat Comellas, miembro del Núcleo Central de Calidad hasta el año 2005, responsable de los centros sociosanitarios, y a Ignasi Arbusà, Director de Calidad del grupo Capiro Sanidad hasta diciembre de 2005. A ellos debemos agradecer el empeño y dedicación dedicado en la fase de diseño de los indicadores y posterior implantación inicial. Fruto de su esfuerzo, ahora la utilización de este cuadro de mandos como instrumento de calidad es una realidad.

36 BIBLIOGRAFÍA

1. Departament de Benestar Social. Generalitat de Catalunya. Avaluació externa de qualitat dels centres de l'ICASS: àrea de serveis. Residències assistides de gent gran. Barcelona: Fundació Avedis Donabedian; 1999.
2. Generalitat Valenciana. Evaluación externa de calidad de los residencias de personas mayores: Indicadores de evaluación de la calidad. Barcelona: Fundació Avedis Donabedian; 2001
3. Hilarión P, Miró M, Salvà A, Suñol R, *et al.* Serveis socio-sanitaris: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció al pacient i família. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació Sanitària. Departament de Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2005.

4. Joint Comisión Internacional Accreditation. Proyecto de Indicadores para la evaluación de centros socio-sanitarios. Barcelona: Ed. Fundació Avedis Donabedian; 2002.
5. Joint Commission International Accreditation. Estándares internacionales de acreditación de hospitales. Barcelona: Ed. Fundació Avedis Donabedian; 2000
6. Montoya R, Calero P. Gestión e indicadores de calidad en residencias de ancianos. Una revisión bibliográfica. Gerokomos 2004; 15 (3): 147-53.
7. Orbea T. Aportación de las ISO 9000 a los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 484-5.
8. Muslera-Canclini E, Fernández-Muñoz P, Natal C. Cuadros de mando: breve historia de su "desempeño". Rev Calidad Asistencial 2004; 19 (1): 38-44.

ANEXO 1. Ejemplo de ficha descriptiva de indicador

 Capio	<p>PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE REGISTROS</p> <p>Ficha de indicador</p>
--	--

CÓDIGO FORMATO	NOMBRE	RESPONSABLE	LUGAR ARCHIVO	TIEMPO ARCHIVO	PERIODICIDAD
SC/PES03/IB01	Formación interna	Responsable formación en el centro			Trimestral/anual

INDICADOR:
Formación interna en relación al nº. de personas del centro.

DESCRIPCIÓN:
Fórmula: Horas de formación interna impartidas x personas que las han recibido/plantilla media, en puestos de trabajo y en personas equivalentes a dedicación plena.
 Numerador: Se considera formación interna, la impartida en el ámbito de Grupo. Es decir, la formación impartida a personal del centro y organizada por el grupo o por el propio centro.
 Denominador: No se tienen en cuenta las sustituciones.

TIPO DE INDICADOR:
Ratio (Horas impartidas/persona)

ÁMBITO:
Todo el centro.

FUENTE:
Plan de formación de centro. Registro de actividades formativas. Plantilla.

RESULTADOS:

PERÍODO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	OBJETIVO	LÍMITES DE ALARMA
2005-1T					
2005-2T					
2005-3T					
2005-4T					
Total 2005					

ACCIONES DE MEJORA (si procede):

COMPARACIÓN (si procede):
Media del grupo: Horas/persona (2005)