Med Clin (Barc). 2012;**138(7)**:306–311

MEDICINA CLINICA

www.elsevier.es/medicinaclinica

Artículo especial

Gestión de Calidad en Medicina Interna. Desde Pareto al EFQM

Quality Management in Internal Medicine. From Pareto to EFQM

José Antonio Andreo Martínez

Servicio de Medicina Interna, Hospital Morales Meseguer, Murcia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 26 de noviembre de 2010
Aceptado el 9 de diciembre de 2010
On-line el 3 de marzo de 2011

Los sistemas de Gestión de Calidad han tenido un desarrollo extraordinario en el último siglo. En el extremo inicial de dicho desarrollo se encuentra la figura de Vilfredo Pareto[1] y, en el extremo final, tras sucesivas etapas con múltiples tipos de programas, tenemos actualmente el Modelo Europeo de Excelencia EFQM[2], que es uno de los más extendidos en nuestro medio. Para abordar la gestión de calidad en Medicina Interna, considerando a esta como especialidad científica y también como unidad asistencial, se propone la aplicación del modelo EFQM, pero teniendo siempre presente, como punto de referencia, la filosofía inspirada en el Principio de Pareto.

La Gestión de Calidad en los Servicios de Salud

El control de calidad en las empresas se inició en el mundo industrial hace más de un siglo. En sus primeras etapas, destaca la figura de Vilfredo Pareto[1] (1848-1923), economista italiano considerado como uno de los padres de la metodología de gestión de calidad, muchas de cuyas enseñanzas siguen hoy totalmente vigentes. Este autor inició los conceptos de eficacia, eficiencia y efectividad, y definió diversas herramientas metodológicas[3]. Destaca su observación de la regla 20/80 en la distribución de una población, que posteriormente en 1951 Joseph M. Juran incorporó como herramienta a la gestión de calidad en las empresas, llamándola *Principio de Pareto*[4]. Este principio indica que, en cualquier población o empresa en que intervienen muchos elementos, el 20% de estos originan el 80% del resultado total, mientras que el restante 80% produce el 20% del resultado. Aplicado a una empresa, nos dice que el 20% de sus trabajadores son responsables del 80% de su producto final y que el 20% de todos sus clientes adquieren el 80% de sus productos en el mercado. Estos serían los trabajadores esenciales y los clientes esenciales para la empresa.

De igual forma, el 20% de los errores cometidos son responsables del 80% de los malos resultados hallados, por lo que resulta fundamental identificar dichos errores. Este principio, que también se aplica a otros campos ("El 80% de los recuerdos proviene del 20% de las experiencias", "El 20% de las canciones suena un 80% de las veces", etc.), ha sido asumido como fundamental para gestionar la mejora de la calidad y pone en evidencia la importancia de identificar siempre la parte esencial del todo, centrando nuestra atención en ella, para potenciarla en los aspectos positivos y mejorarla en el caso de los problemas detectados.

El estudio y evaluación de la calidad asistencial en los servicios de salud, a semejanza de lo que se hacía en la empresa, se inició propiamente a mediados del siglo pasado, con Avedis Donabedian (1919-2000). Este médico especialista en Salud Pública definió por primera vez el llamado *Proceso Asistencial*, como un continuo, que dividió en: *Estructura, Proceso y Resultado*, y expuso los métodos para su evaluación en su trabajo *Evaluación de la calidad de la atención médica*, publicado en 1966[5,6]. En los años siguientes se desarrollaron diversas herramientas metodológicas de gestión de la calidad en servicios de salud. Entre ellas están el sistema americano de acreditación de hospitales de la Joint Commission, el sistema europeo de certificación de calidad con las Normas ISO (9001, 9002 y 9003) y otras en nuestro entorno más cercano, como el Modelo de Acreditación y Mejora Continua de Andalucía[7] y el programa EMCA (Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial) de la región de Murcia, que basa la gestión de calidad en los 3 pilares de Ciclos de Mejora, Monitorización y Diseño de Calidad[8]. Todas ellas dieron lugar a la definición de múltiples programas y planes de calidad en las instituciones y servicios sanitarios. Se acuñó el término de "Calidad Total", el cual alude a la calidad de todos y cada uno de los elementos de la empresa[8] y, como consecuencia, se diseñaron cuadros de mando con gran cantidad de indicadores a medir y estándares a cumplir.

En esta misma línea, aparece a finales del siglo pasado el llamado Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la

Correo electrónico: josea.andreo@carm.es

0025-7753/$ – see front matter © 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.medcli.2010.12.006

Gestión de la Calidad (EFQM: *European Foundation for Quality Management*)[9], que actualmente es seguido por la gran mayoría de empresas e instituciones de la Comunidad Europea. Esta metodología, concebida en principio para la mejora de la calidad, en realidad constituye una herramienta útil para la gestión completa de toda la empresa. En las instituciones de servicios sanitarios de nuestro medio, el modelo de excelencia EFQM tuvo en sus comienzos gran dificultad para su implantación, debido a su estructura enfocada a la empresa en general, y a la gran cantidad de factores necesarios a considerar para la evaluación de sus criterios y subcriterios. Posteriormente se han llevado a cabo adaptaciones del modelo, enfocadas a los servicios sanitarios, lo cual ha facilitado su implantación progresiva[10,11]. Así, en el Servicio Murciano de Salud, desde 2005 se asume el modelo EFQM para la evaluación de la calidad asistencial en el contrato de gestión de hospitales. De hecho, en 2009 y 2010 todo el contrato de gestión de hospitales y áreas de salud se estructura siguiendo los criterios de este modelo[12]. Estas son, pues, las reglas de juego con las que tendremos que contar para gestionar la calidad en nuestros servicios de Medicina Interna.

Modelo Europeo de Excelencia EFQM

El modelo de excelencia EFQM fue introducido en 1991 como el marco de trabajo para la autoevaluación de las organizaciones y como base para juzgar a los concursantes por el Premio Europeo de la Calidad, creado por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad y entregado por primera vez en 1992[9].

El esquema del modelo (fig. 1) se compone de 9 criterios. Los 5 primeros son *Agentes* (Liderazgo, Personas, Estrategia, Alianzas y Recursos, y Procesos), necesarios para la obtención de los 4 últimos, que son *Resultados* (Resultados en Profesionales, Resultados en Clientes, Resultados en la Sociedad y Resultados Clave). A partir de los datos obtenidos en las evaluaciones, con el *Aprendizaje, la Creatividad y la Innovación* se produce una potenciación de los Agentes y de los Resultados, y una mejora continua. Cada uno de los 9 criterios se subdivide en varios subcriterios (en total 32 subcriterios)[2].

Para ayudar a la interpretación de los criterios y subcriterios, en 2003 se definieron los 11 *Ejes Transversales*, con los que enfocar cada uno de ellos[13], y en 2010 el modelo se fortalece con los llamados 8 *Conceptos Fundamentales*, que vienen a sustituir a los anteriores ejes transversales, y que son: liderar con integridad, gestión por procesos, lograr el éxito por las personas, añadir valor para los clientes, lograr resultados equilibrados, favorecer creatividad e innovación, desarrollar alianzas y propiciar la sostenibilidad[14,15].

El modelo, en este esquema general, no es sencillo de aplicar, con sus 9 criterios y 32 subcriterios, sus anteriores 11 ejes transversales y sus actuales 8 conceptos fundamentales. Por esto, se hace necesario realizar un ejercicio de simplificación y priorización, invocando la filosofía de Pareto, para poder aplicarlo a los Servicios y Unidades concretos dentro del sector sanitario.

La Excelencia en Medicina Interna

Para enfocar la aplicación del modelo EFQM en la gestión de calidad dentro de la Medicina Interna, se considera a esta en sus dos vertientes: como disciplina o especialidad científica, representada en nuestro país por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), y también como unidad de prestación de servicios sanitarios, que es el servicio de Medicina Interna hospitalario. En ambas áreas de actuación ya se ha comenzado a trabajar por distintos grupos con la visión del modelo EFQM. Así, la SEMI expone sus líneas estratégicas en un reciente artículo siguiendo claramente dicho modelo[16]. Por otra parte, un grupo de Servicios de Medicina Interna de hospitales españoles se ha reunido y ha elaborado un estudio sobre la aplicación del EFQM en la gestión de dichos servicios, reflejado en un libro de publicación reciente[17]. En estas dos fuentes podemos encontrar varias claves que nos servirán

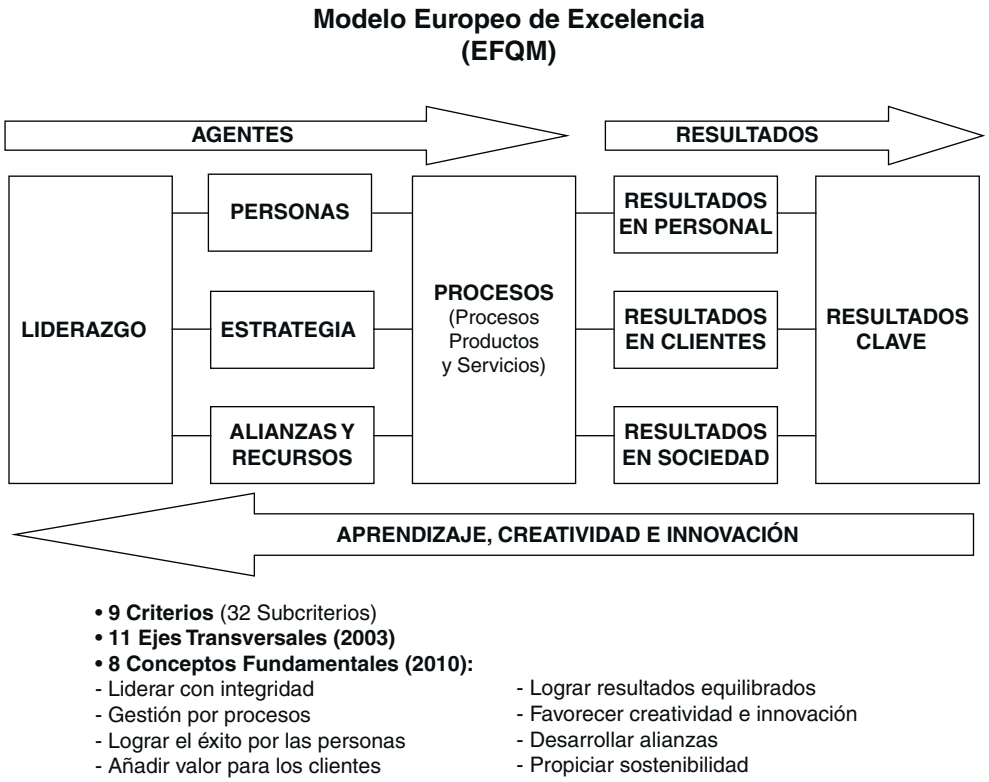

Figura 1. Modelo Europeo de Excelencia EFQM.

de guía para la aplicación del EFQM a nuestro servicio hospitalario concreto.

Para aplicar el EFQM en el campo de la Medicina Interna tendremos que analizar los distintos criterios del modelo, definiendo en cada uno nuestra situación actual con sus distintos apartados (subcriterios) y los objetivos propuestos en cada uno de ellos. Y, para que su aplicación en la práctica sea más fácil y efectiva, es importante, siguiendo la filosofía de Pareto, que tratemos de identificar los más esenciales (apartados y objetivos "clave") y nos centremos en ellos.

De los 9 criterios del modelo, uno de los más importantes es, sin duda, el primero citado: Liderazgo. El cumplimiento de este criterio corresponde a los jefes de servicio y de unidades clínicas, en colaboración con el equipo directivo, dentro del hospital. En la Sociedad de Medicina Interna, le corresponde también a su equipo directivo y, referido a este, tenemos que reconocer que el equipo directivo de la SEMI ha tenido un papel fundamental en estos últimos años en la potenciación de nuestra especialidad y nuestra sociedad científica.

Del resto de criterios del EFQM, se comentan a continuación los que se refieren a Estrategia, Procesos, Clientes, Sociedad y Resultados Clave. En cada uno de ellos se destacan los aspectos considerados claves.

Estrategia. Definición de Medicina Interna

Lo primero para el planteamiento de una estrategia adecuada, y que también entra dentro del primer criterio de Liderazgo, es la definición de la Misión ("¿qué somos?") y la Visión ("¿qué queremos ser?")[9]. En nuestro caso, por tanto, es fundamental definir claramente "¿Qué es la Medicina Interna?" La falta de respuesta a esta pregunta ha sido, quizás, una de las principales causas de la conocida crisis de la especialidad que sufrimos en años pasados.

Actualmente tenemos una definición oficial, reflejada en el Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Interna (Orden ministerial de 24 de enero de 2007. BOE 7-2-2007)[18], que dice: "La Medicina Interna es una especialidad médica nuclear de ejercicio fundamentalmente hospitalario, que ofrece a los pacientes adultos una atención integral de sus problemas de salud".

Aunque esta definición delimita en parte el campo de actuación del internista, sigue siendo muy genérica. Es necesario concretar mucho más sus principales áreas de actuación, y, en esta línea, la SEMI ha propuesto como uno de sus principales proyectos en 2010, en colaboración con la Federación Europea de Medicina Interna, la definición de un "mapa de competencias del internista"[16], esto es, que estén definidos los distintos puestos de trabajo, las funciones y las responsabilidades de cada uno de ellos.

La gestión por procesos

El eje central del modelo EFQM lo constituyen los *procesos* y la llamada *gestión por procesos*. La gestión por procesos supone un cambio de paradigma en la concepción de la organización y gestión hospitalarias, contraponiendo al modelo de organización tradicional el nuevo modelo de excelencia[17,19,20].

El modelo hospitalario tradicional está estructurado en base a los profesionales y a los recursos (organizado exclusivamente en Servicios que se agrupan en Departamentos), donde existe una separación entre el área asistencial y la administrativa de gestión, y donde también están separadas las áreas médica y de enfermería, que actúan en paralelo. En contraposición a este, el modelo de excelencia está orientado a los pacientes y a los procesos, y favorece la integración de diferentes profesionales (médicos, de enfermería y de la gestión) en equipos, por patologías o por grupos de pacientes, con objetivos comunes en las áreas de asistencia, docencia, investigación y gestión. En este modelo de excelencia, el proceso es la unidad de producción, por lo que es fundamental establecer cuáles son nuestros tipos de proceso y, entre estos, nuestros procesos clave.

Tipos de proceso. Cartera de servicios de Medicina Interna

En la versión de EFQM 2010, el quinto criterio de Procesos pasa a denominarse "Procesos, Productos y Servicios"[14], que se corresponde con la llamada cartera de servicios, en el caso de empresas de este sector. La cartera de servicios es, pues, el catálogo de actividades, servicios y prestaciones, reales y potenciales, de un centro o unidad asistencial, en nuestro caso del Servicio de Medicina Interna. Incluye por tanto todos los tipos de proceso de nuestra especialidad, que podemos agrupar en: 1) Procesos de Enfermedad o tipos de patologías que diagnosticamos y tratamos (Grupos Relacionados de Diagnóstico o GRD). 2) Procesos Asistenciales (Hospitalización, Consulta, Urgencias y Guardia Médica, Alternativos a la Hospitalización Convencional, Procesos por Grupos de Pacientes, y Proceso de Relación con Atención Primaria). 3) Procesos de Docencia (Pregrado y Postgrado). 4) Procesos de Investigación. 5) Procesos de Gestión. En la tabla 1 se muestra la relación de los tipos de proceso y, dentro de cada grupo, los considerados procesos clave.

El principal grupo es el de Procesos Asistenciales. Todos ellos están incluidos en los referidos en el Real Decreto publicado en 2006 que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (BOE 16-9-2006)[21], detallados en su Anexo III de Cartera de servicios comunes de Atención Especializada. De todos ellos, el proceso clave más importante de Medicina Interna es, sin duda, el de Hospitalización Médica. Este se encarga de la atención directa a los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna, que supone el 15% del total de pacientes ingresados en los hospitales del Sistema Nacional de Salud[22]. Sin embargo, está traspasando cada vez más las fronteras de dicho servicio, para prestar también atención médica a pacientes ingresados en otros servicios hospitalarios e incluso, en algunos hospitales comarcales, abarcando a todos los pacientes hospitalizados, de forma que cualquier enfermo ingresado, sea en el servicio que sea, tiene como referente a un especialista en Medicina Interna, encargado de integrar y coordinar toda su asistencia hasta el alta[23]. Del resto de

Tabla 1
Tipos de proceso. Cartera de Servicios de Medicina Interna.

1. Procesos de Enfermedad (GRD)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otros trastornos respiratorios[a]
Insuficiencia cardiaca[a]
Neumonía[a]
Ictus[a]
2. Procesos Asistenciales:
Hospitalización: hospitalización médica[a]
Consulta
Urgencias y guardia médica
Alternativos a hospitalización convencional (Unidad de Corta Estancia, Consulta Alta Resolución, etc.)[a]
Grupos de pacientes (pluripatológicos, cuidados paliativos, etc.)
Relación con Atención Primaria
3. Procesos de Docencia (pregrado y postgrado): competencias y habilidades clínicas[a]
4. Procesos de Investigación (participación en grupos de SEMI)
5. Procesos de Gestión: definir en cada proceso[a]:
Criterios de excelencia (estándares)
Indicadores (los mínimos esenciales)
Objetivo anual

GRD: Grupos Relacionados de Diagnóstico; SEMI: Sociedad Española de Medicina Interna.
[a] Procesos clave.

procesos asistenciales, podemos también destacar como procesos clave los Alternativos a la Hospitalización Convencional (Unidad de Corta Estancia, Consulta de Alta Resolución, etc.)

De los Procesos de Enfermedad, distintos estudios coinciden en señalar cuáles son los GRD más frecuentes de Medicina Interna. Una de las últimas publicaciones que analiza los pacientes ingresados durante 2 años en todos los Servicios de Medicina Interna de los hospitales del Sistema Nacional de Salud[22] indica que los 10 GRD más frecuentes suponen el 34,6% de todos los casos, siendo los principales los de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otros trastornos respiratorios, insuficiencia cardiaca, neumonía e ictus, los cuales deberían ser considerados como nuestros GRD claves.

Los Procesos de Docencia son también procesos clave, pues constituyen verdaderos puntos fuertes de la Medicina Interna, tanto en la formación médica de pregrado como en la de postgrado, y se verán acrecentados con los planes previstos de troncalidad. De todos ellos, habría que destacar la docencia práctica de competencias y habilidades clínicas, que cobra cada vez más importancia en la formación médica, y para cuya evaluación se está imponiendo el llamado examen clínico objetivo estructurado (ECOE), realizado mediante simulación[24]. El ECOE se utilizó inicialmente para la nota final de carrera de estudiantes de Medicina, pero actualmente se aplica también en la formación especializada y en la selección para plazas de adjunto.

Dentro de los procesos de investigación, podemos considerar clave la participación de los internistas que integran cada Servicio en los grupos de trabajo de la SEMI[16], colaborando en la realización de estudios multicéntricos diversos (insuficiencia cardiaca, enfermedad tromboembólica, etc.).

Los procesos de gestión clásicamente han consistido en la elaboración de un cuadro de mando con numerosos indicadores agrupados en distintos apartados (recursos, actividad, calidad, facturación y gasto), y la medición periódica de estos. En el modelo de gestión por procesos, interesa sobre todo identificar nuestros principales procesos y definir en cada uno de ellos los indicadores para su evaluación (los mínimos esenciales), los estándares (criterios de excelencia) y un objetivo anual para ese proceso. También es importante priorizar cada año, de entre todos, un proceso, para enfocar toda nuestra atención en él, definiendo un objetivo anual principal del Servicio dirigido a mejorar dicho proceso.

Clientes de la Medicina Interna

Para todas las empresas es fundamental tener identificados a sus potenciales clientes[25]. En Medicina Interna, ¿quiénes son nuestros clientes?

Nuestros principales clientes son, por supuesto, los pacientes, y de estos, los pacientes adultos con enfermedad, aunque dicho en estos términos resulta aún un grupo muy genérico y hay que acotarlo más. Además de los pacientes, también tenemos como clientes a otros médicos asistenciales (de Atención Primaria, especialidades médicas y especialidades no médicas) y, en el área de docencia, a los médicos residentes y estudiantes de pregrado. También, como unidad de prestación asistencial, hemos de considerar como clientes al hospital y a la sociedad de referencia.

Centrándonos en los pacientes, es importante saber cuáles son los principales grupos de estos a los que dirigimos nuestra atención médica. Estos están referidos en el citado programa formativo de la especialidad de Medicina Interna (BOE 7-2-2007)[18], en su apartado sobre Campo de Acción del Internista (tabla 2). De todos ellos, podríamos seleccionar aquellos más propios de la Medicina Interna General, como son: pacientes con procesos prevalentes en entorno hospitalario, pacientes pluripatológicos, pacientes sin diagnóstico preciso y pacientes con enfermedades raras.

Tabla 2
Pacientes de Medicina Interna.

Campo de acción del internista[a]
Pacientes sin diagnóstico preciso
Pluripatológicos
Con procesos prevalentes en entorno hospitalario
Personas de edad avanzada con enfermedad aguda o agudizada
Pacientes atendidos en unidades especiales (infecciosas, autoinmunes, riesgo vascular, etc.)
Pacientes en fase paliativa de enfermedad
Pacientes que requieren atención urgente
Atención médica a pacientes quirúrgicos
Pacientes con enfermedades raras

[a] Programa formativo de la especialidad de Medicina Interna (BOE 7-2-2007).

De forma resumida, nuestros pacientes principales están referidos en la definición de Medicina Interna que hace el grupo europeo Working Group on Political Issues in Internal Medicine in Europe[26], que la define como "La disciplina médica principal en el cuidado de los adultos con una o varias enfermedades agudas o crónicas complejas, que incluye un cuidado multisistémico e integra otras especialidades médicas".

Proyección a la sociedad

Como ha manifestado la SEMI, es crucial para la Medicina Interna ser reconocible por la ciudadanía[16]. Por eso propone una serie de mensajes clave en 2010, para aumentar nuestra proyección a la sociedad. Entre estos están los de: "Medicina Interna como columna vertebral del Sistema Nacional de Salud en el entorno hospitalario", "garantía de atención hospitalaria eficiente", "puente entre Atención Primaria y el hospital" y "promotora de nuevas fórmulas asistenciales". De todos ellos destaca el adoptado como lema, *La visión global de la persona enferma*, que se ha añadido al logo de la SEMI.

Aunque este lema es acertado, también se puede considerar el de "Medicina Interna: La gestión integral de la persona enferma", que expresa bien el campo de atención médica que cubre la Medicina Interna, muy necesario para gran cantidad de pacientes. Al igual que las personas que poseen bienes cuantiosos necesitan un experto gestor que les lleve las cuentas y les ayude a tomar decisiones financieras, los pacientes adultos con enfermedades de cierta complejidad precisan también de un médico gestor que coordine e integre toda su asistencia y les ayude a tomar las decisiones asistenciales, que, cada vez más, van a recaer en el propio paciente. No hay ninguna otra especialidad médica en nuestro sistema sanitario que quiera asumir en su totalidad esta atención integral a las personas adultas con enfermedades significativas; ni en Atención Primaria, enfocada más a la gestión de salud del ciudadano y a la asistencia de procesos agudos leves, ni en Atención Especializada, donde los especialistas, salvo los internistas, sólo quieren ocuparse en general de la enfermedad o problema concreto que concierne a su propia especialidad.

Resultados clave en Medicina Interna

El Ministerio de Sanidad y Política Social, dentro de su Plan de Calidad, ha publicado una relación de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (SNS), que miden los resultados en salud más relevantes del sistema sanitario, elegidos y priorizados por consenso entre todas las administraciones representadas en el Consejo Interterritorial del SNS[27]. De todos ellos, podemos destacar los principales relacionados con los procesos asistenciales de Medicina Interna (tabla 3), incluidos en los apartados de: Oferta de Servicios y Accesibilidad, Actividad Asistencial, Variabilidad de la Práctica Clínica, y Seguridad del Paciente.

Tabla 3
Resultados clave en Medicina Interna. Modelo de Excelencia (EFQM).

1. Hospitalización
Ingresos y altas de hospitalización
Estancia media y estancia media ajustada (global y por GRD más frecuentes)
Mortalidad intrahospitalaria (global y por GRD más frecuentes)
Complicaciones (reacciones adversas a medicamentos, infección hospitalaria, etc.)
Reingresos
Prescripción farmacéutica eficiente (antibióticos, AINE, nuevos principios activos)
2. Consulta Externa
Demoras en consultas
3. Satisfacción del Ciudadano

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; GRD: Grupos de Diagnóstico Relacionado.

Dentro de nuestro principal proceso asistencial, que es la hospitalización médica, podemos considerar como resultados clave más relevantes los siguientes: Ingresos y Altas de Hospitalización, Estancia Media y Estancia Media Ajustada (global y por GRD), Mortalidad intrahospitalaria (global y por GRD), Complicaciones (infección hospitalaria, reacciones adversas a medicamentos, etc.), Reingresos, y Prescripción Farmacéutica Eficiente (antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos [AINE], nuevos principios activos). Los cinco primeros son los más importantes y pueden extraerse de forma automática del análisis del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) y GRD, tras la codificación[28].

Objetivo anual estratégico

De entre todos los objetivos planteados cada año en referencia a los distintos procesos incluidos en la cartera de servicios, es importante elegir uno como objetivo principal anual del Servicio, para centrar nuestro máximo interés en él. En la metodología de gestión de la calidad asistencial, son clásicos los criterios a tener en cuenta para la elección de una posible área de mejora[8]. Estos son: número de pacientes a los que afecta su mejora, beneficio que supone para la salud, ser factible, depender sobre todo de los profesionales y ser coste-efectiva.

La SEMI ha propuesto como objetivo principal estratégico en 2010 la mejora del Informe de Alta Hospitalaria (IAH)[16], la cual cumple totalmente los criterios antes mencionados.

Informe de Alta Hospitalaria

El IAH reúne unas características que lo acreditan como verdadera herramienta para la excelencia. Es un documento fundamental de la historia clínica, destinado a múltiples usuarios (paciente y cuidador, médico de Atención Primaria, médico especialista hospitalario y documentalista codificador), con múltiples beneficios: facilita la continuidad asistencial, reduce el tiempo de búsqueda de información, evita la repetición de pruebas y visitas innecesarias, y disminuye los errores de medicación. Es el resultado documental principal de nuestra actividad asistencial hospitalaria, en la que se resume toda la historia clínica del paciente actualizada a fecha del informe. Está integrado en la Historia Clínica Electrónica, a nivel local, regional, nacional, y próximamente mundial, siendo la imagen de nuestro Servicio y de nuestro hospital hacia el exterior. Es también una herramienta fundamental para la docencia, investigación y gestión.

La SEMI ha convocado a la mayor parte de Sociedades Científicas Médicas, creándose un grupo multidisciplinar de trabajo que ha aprobado un documento de consenso para la elaboración del IAH en especialidades médicas[29]. En él se establecen unas recomendaciones generales agrupadas en los apartados de: Descripción General, Información y Comunicación al Paciente, Comunicación entre Médicos, Tratamiento Médico e Implantación con integración en Historia Clínica Electrónica.

Dentro del Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad, se ha desarrollado la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS), que está comenzando su implantación progresiva en todo el territorio nacional, y que agrupa de forma resumida los documentos clínicos más relevantes de cada paciente, entre ellos el IAH de forma destacada. Para conseguir que la información contenida en ella sea homogénea y estandarizada, se ha publicado recientemente el "Real Decreto que aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud" (BOE 16-9-2010)[30].

Conclusión

En la metodología de gestión de calidad, de acuerdo a la filosofía de Pareto, es importante identificar siempre la parte esencial del todo. Con este enfoque, para la gestión de calidad en Medicina Interna, se propone la aplicación del modelo de excelencia EFQM, haciendo en cada uno de sus criterios un ejercicio de simplificación y priorización de los puntos esenciales o claves. Finalmente, es oportuno señalar aquello que puede considerarse como lo más esencial de todo para lograr la máxima calidad en Medicina Interna.

Decía Gustav Mahler que "en la partitura está todo, menos lo esencial", dando a entender que esta parte depende sobre todo de la interpretación de la obra. De igual forma, podemos decir que todo lo expuesto en la presente revisión se refiere a nuestra partitura. Es importante disponer de un buen plan de calidad, un mapa de procesos, un cuadro de mando y unos objetivos clave. Aún así, lo más esencial de todo va a ser siempre la interpretación que cada profesional haga en la atención que presta a sus pacientes cada día. Podríamos decir, parafraseando la conocida frase virtuosa, que "la calidad bien entendida empieza por uno mismo". Cada internista tiene que procurar la mejora continua de su trabajo personal, haciendo especial hincapié cada año en el objetivo principal del Servicio, como la mejora del IAH en 2010. Si lo hacemos todos, este será el mejor camino para avanzar hacia la calidad total en nuestros servicios de Medicina Interna.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. González M. Biografías de grandes economistas: Vilfredo Pareto. AuladeEconomía.com 2006 [consultado 11-10-2010]. Disponible en: http://www.aula-deeconomia.com/biografias-pareto.htm.
2. European Foundation for Quality Management. EFQM Excellence Model 2010. Bruxelles: EFQM publications; 2009.
3. Velasco J. Gestión de la Calidad. Madrid: Pirámide; 2008.
4. Juran JM. Quality Control Handbook. New York: McGraw-Hill; 1951.
5. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q. 1966;44:166–203.
6. Lorenzo S. Estructura, proceso y resultado de la atención sanitaria. Rev Calidad Asistencial. 2001;16:S10.
7. Torres A, Fernández E, Paneque P, Carretero R, Garijo A. Gestión de la calidad asistencial en Andalucía. Rev Calidad Asistencial. 2004;19:105–12.
8. Saturno PJ. EMCA. Evaluación y Mejora de la Calidad en Servicios de Salud. Conceptos y Métodos. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia; 2000.
9. Ferrando M, Granero J. Calidad Total: Modelo EFQM de Excelencia, 2nd ed., Madrid: Fundación Confemetal; 2008.
10. Sánchez E, Darpón J, Garay JI, Letona J, González R, Pérez MJ. Política de calidad en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Rev Calidad Asistencial. 2004;19:189–99.

11. Maderuejo JA. Gestión de la calidad total: el modelo EFQM de excelencia. MEDIFAM. 2002;12:631–40.
12. Contrato de Gestión 2010 de Gerencia de Área. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2010.
13. Ferrándiz J, Lorenzo S, Navarro C, Alguacil AI, Morón J, Pardo A. Utilización de los ejes transversales del modelo EFQM en el ámbito sanitario público. Rev Calid Asist. 2010;25:120–8.
14. Gemoets P. Guía de Transición al Modelo EFQM 2010. Bruxelles: EFQM publications; 2009 [consultado 31-10-2010]. Disponible en: http://www.clubexcelencia.org/LinkClick.aspx?fileticket=Qol4qWbeLv8%3d&tabid=387&language=es-ES.
15. Arcelay A. EFQM: Veinte años alumbrando el camino de la excelencia. El modelo se remodela. Rev Calid Asist. 2010;25:117–9.
16. Conthe P, García J, Román P, Casademont J, Tiberio G. SEMI, en la sociedad científica del siglo XXI: lo que hemos hecho en el año 2009 y lo que vamos a hacer en el 2010. Rev Clin Esp. 2010;210:28–32.
17. Alcaraz M, Álvarez M, Barroeta J, Calabuig JR, Cuello JA, de Sancho JL, et al. Excelencia en el Servicio de Medicina Interna. Madrid: Mensor; 2007.
18. Orden SCO/227/2007, de 24 de enero, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Interna. BOE núm. 33 de 7/2/2007.
19. Arcelay A. Gestión de procesos. Rev Calidad Asistencial. 1999;14:245–6.
20. Aranaz JM, Mira JJ, Beltrán J. La gestión por procesos asistenciales integrados. Neurología. 2003;18 Suppl 4:48–56.
21. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 222 de 16/9/2006.
22. Barba R, Marco J, Emilio J, Canora J, Plaza S, Zapatero A. Análisis de 2 años de actividad de Medicina Interna en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Rev Clin Esp. 2009;209:459–66.
23. Castiella J, Sanjuán F, Musitu V, Arancón B. Qué aporta la gestión por procesos al análisis de la actividad de Medicina Interna en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Rev Clin Esp. 2010;210:259–60.
24. Kronfly E, Ricarte JI, Juncosa S, Martínez JM. Evaluación de la competencia clínica de las facultades de medicina de Cataluña, 1994-2006: evolución de los formatos de examen hasta la evaluación clínica objetiva y estructurada (ECOE). Med Clin (Barc). 2007;129:777–84.
25. Juran JM. Juran y la Planificación para la Calidad. Madrid: Díaz de Santos; 1990.
26. Pérez M. La tarea actual de los internistas. An Med Interna (Madrid). 2006;23:403–5.
27. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Madrid. 2010 [consultado 13-11-2010]. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm.
28. Jiménez A, García J, Lara A. Sistemas de información para clínicos I. Cómo conocer qué tipo de pacientes se atienden en nuestros hospitales. Rev Clin Esp. 2010;210:298–303.
29. Conthe P, García J, Pujol R, Alfageme I, Artola S, Barba R, et al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. Med Clin (Barc). 2010;134:505–10.
30. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 225 de 16/9/2010.