Dr. Isidre Martí Saurí[1], Dra. Alicia Isabel Martínez Zabala[2]

[1]Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Máster en Gestión y Metodología de la Calidad Asistencial (UAB). Máster en Medicina Estética y del Bienestar (UB). Clínica Estética Grupo Atlàntida, Barcelona
Hospital Moisès Broggi (Consorci Sanitari Integral), Barcelona.
[2]Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Máster en Medicina Estética y del Bienestar (UB). Clínica Estética Grupo Atlàntida, Barcelona. Hospital Moisès Broggi (Consorci Sanitari Integral), Barcelona.
E-mail: imsaur59@gmail.com; isidre.marti@sanitatintegral.org

Dr. Isidre Martí Sauri

Calidad asistencial en medicina estética. Necesidad de un modelo propio

Quality of care. Need for an own model in aesthetic medicine.

RESUMEN

Introducción. La Medicina Estética como disciplina científica y médica continúa experimentando un amplio desarrollo y una creciente demanda social. En la mayoría de los países todavía no se reconoce como especialidad oficial. Sin embargo, las sociedades científicas y las universidades ofrecen contenidos docentes específicos que permiten formar médicos estéticos capacitados para ejercer un servicio asistencial de calidad. Los modelos de calidad de los servicios sanitarios se elaboran de acuerdo al concepto de calidad asistencial.

El objetivo de este estudio es elaborar un modelo de calidad y seguridad asistencial que ayude a mejorar los resultados clínicos de las intervenciones médico-estéticas, difundir una cultura de la calidad entre los profesionales sanitarios dedicados a la medicina estética, implicar al paciente en su seguridad mediante la información e implantar una práctica clínica basada en la evidencia científica y en la estandarización mediante protocolos.

Material y método. En una primera fase se efectuó una búsqueda con selección y análisis de los principales modelos de calidad utilizados en el ámbito sanitario: modelo Europeo Gestión de la Calidad EFQM, modelo Lean Healthcare, modelo ISO 9001:2015 y modelo de acreditación americano Joint Commission. Para la búsqueda y selección de la información se empleó Google Académico y la base de datos Medline (PubMed). En una segunda fase se realizó una selección de indicadores para desarrollar el modelo de calidad que podría ser reproducible en una clínica de medicina estética.

Resultados. Los resultados alcanzados permiten:

1. Definir el concepto y los procesos de Unidad de Medicina Estética (UME) para el diseño del modelo.
2. Proponer un modelo de calidad y seguridad para una UME basado en atributos de calidad asistencial, criterios de un modelo de calidad total y de gestión de la calidad.
3. Facilitar las instrucciones necesarias para implementar el modelo en los centros de medicina estética mediante estrategias de mejora de la eficiencia, gestión y organización en las consultas, facilitando a los médicos estéticos información sobre la metodología de calidad.

Conclusión. El modelo de calidad asistencial propuesto puede ser de utilidad tanto para mejorar los resultados clínicos y la seguridad en los pacientes como para canalizar un mejor desarrollo de la medicina estética.

Palabras clave. Medicina estética, calidad asistencial, seguridad del paciente, gestión de la calidad.

ABSTRACT

Introduction. Aesthetic Medicine as a scientific and medical discipline continues to experience extensive development and growing social demand. In most countries it is not yet recognized as an official specialty. However, scientific societies and universities offer specific teaching content that enables aesthetic doctors to be trained to provide quality care. Quality models of health services are developed according to the concept of quality of care.

The aim of this study is to develop a model of quality and safety of care that helps to improve the clinical results of medical-aesthetic interventions, to spread a culture of quality among health professionals dedicated to aesthetic medicine, to involve the patient in their safety through information and to implement a clinical practice based on scientific evidence and standardization through protocols.

Material and method. In the first phase, a search was carried out with selection and analysis of the main quality models used in the healthcare field: the European EFQM Quality Management model, the Lean Healthcare model, the ISO 9001:2015 model and the American Joint Commission accreditation model. Google Scholar and the Medline database (PubMed) were used for the search and selection of information. In a second phase, a selection of indicators was made to develop the quality model that could be reproducible in an aesthetic medicine clinic.

Results. The results achieved allow:

1. To define the concept and processes of Aesthetic Medicine Unit (AMU) for the design of the model.
2. Propose a quality and safety model for an AMU based on attributes of quality of care, criteria of a total quality model and management.
3. To provide the necessary instructions to implement the model in aesthetic medicine centers by means of strategies to improve efficiency, management and organization in the offices, providing aesthetic physicians with information on the quality methodology.

Conclusion. The proposed quality of care model can be useful both to improve clinical outcomes and patient safety and to channel a better development of aesthetic medicine.

Key words. Aesthetic medicine, quality of care, patient safety, quality management.

INTRODUCCIÓN

La medicina estética ha presentado, durante la última década, un auge espectacular debido a la demanda de sus servicios. El último estudio socioeconómico y de penetración del sector presentado por la SEME recoge que los tratamientos médicos estéticos se han incrementado un 5,4% desde 2016 hasta alcanzar a un 35,9% de la población. En los últimos 3 años, el número de centros autorizados por el Ministerio de Sanidad para ejercer la medicina estética en España ha aumentado un 30%, con un total de 5.244 clínicas médicas [1]. La mayoría de nuevos centros están homologados por las Consejerías de Salud de las autonomías; aunque han surgido centros no homologados con personal no cualificado, que ejerce la medicina estética en lugares insospechados.

La Medicina Estética no está reconocida oficialmente como especialidad médica. Desde las sociedades científicas se impulsó y buscó la formación del colectivo de médicos interesados en ella, hasta poner en marcha el primer máster universitario específico en medicina estética en el año 1997, avalado por la Universidad de las Islas Baleares [2].

En 2002, el Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya creó el primer documento de requisitos mínimos que deben cumplir los centros de medicina estética en Cataluña. En 2003, el Real Decreto 1277/2003 establecía las bases generales sobre la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, disponiendo en el punto U.48 que la denominación de centros de medicina estética es un reconocimiento tácito de la actividad [3].

Las sociedades científicas específicas de medicina estética tienen como objetivo primordial el estímulo científico de su especialidad, la investigación, la docencia y la formación continuada. Es manifiesta la preocupación de estas sociedades por la calidad y seguridad en el desarrollo profesional de la medicina estética [4, 5].

La Organización Mundial de la Salud (2016) establece que "la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso" [6].

En España, el Sistema Nacional de Salud considera la definición de calidad de la doctora Palmer como "la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y satisfacción del usuario" [7].

Dos aspectos destacan en estas definiciones: la calidad del servicio y la seguridad clínica para el paciente. El hecho es que la falta de calidad y los efectos adversos constituyen factores importantes en el desarrollo de la asistencia sanitaria, sobre todo a partir de la publicación en 1999, en Estados Unidos, del informe "*To err is human*" [8], basado en una publicación de 1980 de Harvard [9]. A estos informes le han seguido otros como "*An organisation with a memory*", del Departamento de Salud de Gran Bretaña, o "*First national report on patient safety*", en Australia.

En nuestro país se desplegaron acciones encaminadas a la difusión de la cultura de la calidad y la seguridad clínica desde las administraciones públicas de las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad con el informe *ENEAS 2005*, publicado en 2006 [10]. En 2008, el Ministerio de Sanidad publicó los "*Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca*" [11] y, con la colaboración del Instituto Avedis Donabedian, un modelo de notificación de efectos adversos denominado SiNASP como parte de la Estrategia en Seguridad de Pacientes para el Sistema Nacional de Salud [12]. En Cataluña, en la actualidad, se utiliza el sistema TPSC Cloud®; una plataforma tecnológica que permite a los profesionales el análisis y la gestión de los riesgos en la asistencia sanitaria, aplicable a todo tipo de incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes [13]. Las notificaciones son voluntarias, confidenciales, no punitivas y anónimas.

La detección y conocimiento de los efectos adversos es una tarea prioritaria, ya que se pueden objetivar las posibles causas que los producen y priorizar aquellas acciones de mejora encaminadas a solucionarlos. Por este motivo se hace necesario diseñar sistemas que minimicen los riesgos a todos los usuarios.

La sanidad puede plantearse como un negocio, desde el punto de vista privado, enfocado a los resultados básicamente económicos o, desde la vertiente pública, como un servicio que debe ser eficaz y eficiente al alcance de todas las personas para resolver las necesidades de salud. En 1988, Joseph M. Juran definió el servicio como "la actividad realizada por otros". Esta definición fue ampliada en 1993 por Pere Batallé como "producto resultado de un proceso de producción, con un carácter menos tangible que los productos bienes, para satisfacer las necesidades de los clientes" [14]. Tanto si la sanidad se plantea como servicio privado o público, en ambos casos se necesita una gestión adecuada. En el primer caso, enfocada básicamente a los resultados económicos; sin embargo, estos estarán sujetos a la ley de la oferta y la demanda y a la satisfacción que generen en el cliente. Si el cliente no queda satisfecho de un servicio de salud, ante la abundancia actual de estos buscará uno nuevo que le satisfaga ya sea por resultado o por su coste. El cliente se convierte de este modo en el árbitro final.

El hecho de considerar un centro sanitario como una empresa de servicios en la que es imposible distinguir el producto del proceso, dado que van íntimamente unidos, facilita que se apliquen modelos habituales de gestión que ya en los años sesenta se utilizaban en sectores productivos. La gestión es la misma, ya sea pública o privada; pero la empresa sanitaria tiene unas características diferentes.

Las características propias de los servicios de salud influyen de forma determinante en su evaluación. La calidad dependerá del resultado esperado del servicio, es la "calidad percibida", y viene determinada por la diferencia entre las expectativas que se tienen del servicio y lo que se cree que se ha recibido de él. Si el usuario opina que el resultado es superior o igual a lo que espera, la calidad percibida será satisfactoria. Lo contrario conducirá a una evaluación negativa de la calidad. Lo que prevalece es la impresión del servicio en conjunto y no el éxito relativo de una u otra acción específica.

Calidad es un término muy utilizado en la actualidad y uno de los elementos clave para el cambio en los sistemas sanitarios. Un sistema de calidad es el conjunto de la estructura de la organización, responsabilidades, procesos, procedimientos y recursos que se establecen para llevar a cabo la gestión de la calidad. Se puede decir que la filosofía de la gestión de la calidad ha pasado por cinco etapas que, por orden de aparición histórica, son las siguientes: inspección, control de calidad, asentamiento de calidad, calidad total y excelencia de la gestión.

a) **Inspección.** El propósito era encontrar los productos de baja calidad y separarlos de los de calidad aceptable. Actualmente, la filosofía es distinta: no se trata de inspeccionar para eliminar los productos defectuosos, sino para comparar la calidad obtenida con la calidad planificada, estudiar las desviaciones y corregir los procesos para obtener la calidad deseada. En los centros sanitarios existen comisiones clínicas para realizar este análisis.

b) **Control de calidad.** Permite determinar las causas de fallo que afectan al proceso; por ejemplo, en algunos centros sanitarios sería la comisión de infecciones o notificación de efectos adversos.

c) **Asentamiento de calidad.** Supone un paso más en la evolución de los sistemas de gestión de calidad. En él, se involucra a todos los departamentos de la empresa. La dirección empieza a tomar el papel de liderazgo en la consecución de los objetivos. Estos no son los sistemas de calidad más evolucionados ya que tienen un objetivo de determinado y se limitan a asegurar este objetivo sin preocuparse por superarlo.

d) **Calidad total.** Integra todos los elementos de calidad de los niveles anteriormente explicados, pero los amplía a todos los niveles de la empresa y a todo su personal. Se caracteriza por la búsqueda constante de mejora en todos los ámbitos de la organización y lo que es específico, no solo en los aspectos productivos (equivalentes a la atención sanitaria). La calidad total busca un nivel elevado en cuatro aspectos: calidad del producto, calidad del servicio, calidad de gestión y calidad de vida. La calidad total se asienta sobre tres pilares: cultura de la calidad, recursos humanos y uso de la estadística. Si falla alguno de estos pilares, será difícil, por no decir imposible, introducir la gestión de la calidad total.

e) **Excelencia.** Integra los elementos de la calidad total gestionados por la inteligencia emocional para conseguir la máxima satisfacción del cliente en todos los ámbitos del servicio, consiguiendo que toda la organización se implique para ello transformándolo en un hábito.

La calidad ha evolucionado mucho, pasando de ser una actuación puntual a ser un proceso global que incluye todo el ciclo de vida de un producto o servicio a partir del momento en que se piensa en su creación. Así, la calidad se determina antes de la concepción de dicho producto o servicio y viene determinada por las necesidades y expectativas del cliente, actuando ya sobre los proveedores y usando una serie de herramientas variadas a lo largo de todo el proceso.

En el caso de la calidad asistencial, los atributos identificados más frecuentemente son:

a) **Accesibilidad:** facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los cuidados médicos, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.

f) **Aceptabilidad:** incluye dos dimensiones, satisfacción del paciente, en relación al grado de cumplimiento de sus expectativas respecto de la atención recibida y los resultados de esta, y la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la asistencia sanitaria.

g) **Adecuación:** relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población. Su medida comprende tanto la cantidad de recursos como su distribución geográfica.

h) **Calidad científico-técnica:** grado de aplicación de la tecnología y los conocimientos médicos disponibles.

i) **Competencia profesional:** capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en

su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere a la función operacional como a la relacional del profesional sanitario y de la organización.

j) **Continuidad:** tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados progrese sin interrupciones.

k) **Cooperación del paciente:** grado en que el paciente cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre paciente y profesional.

l) **Disponibilidad:** grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. Como regla general, los cuidados médicos deben estar disponibles cuando se necesiten durante el ciclo de vida de la persona y cuando surja cualquier enfermedad.

m) **Efectividad:** capacidad de un procedimiento o tratamiento concreto de mejorar el grado de salud. Es también la relación entre el impacto real y potencial de un servicio en una situación ideal. Relaciona la capacidad de actuar del médico y su equipo de manera que los pacientes consigan el resultado más deseable. Comprende minimizar los riesgos y un sistema de documentación del estado de salud y de la atención prestada.

n) **Eficiencia:** relación entre el impacto real de un servicio y su coste de producción. También se conceptúa como la prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles o la prestación del máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados.

o) **Satisfacción del profesional:** grado de satisfacción del profesional sanitario con las condiciones y desarrollo del trabajo. Su inclusión entre los atributos de la calidad se deriva de la influencia que tiene la satisfacción laboral en la calidad del trabajo.

p) **Seguridad:** balance positivo de la relación beneficio/riesgo. También puede conceptuarse como resultado de la acción sinérgica de la competencia y del trato del personal sanitario. Respecto a los equipos y edificios, la seguridad se refiere a la garantía y protección de estos.

Por todo lo expuesto, se considera la Medicina Estética como un Servicio Sanitario; de este modo, en el marco actual de su crecimiento y expansión continua, no puede abstenerse de seguir un modelo de gestión de la calidad y seguridad de sus pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se propone el desarrollo de un modelo de calidad asistencial con los siguientes objetivos:

a) Conocer los principales modelos de calidad actuales descritos en la literatura científica.

q) Describir un modelo de calidad y seguridad que garantice unos resultados satisfactorios y minimice los riesgos de los pacientes que se someten a un proceso de medicina estética y que sea fácilmente reproducible.

r) Promover una cultura de calidad entre los profesionales dedicados a la medicina estética e implantar prácticas de calidad basadas en protocolos MBE, procedimientos normalizados de trabajo (PNT) y listas de comprobación.

Para conseguir los objetivos fijados se realizó una revisión de datos y bibliografía de los principales modelos de calidad actuales utilizados en el ámbito sanitario: Lean Healthcare, Modelo Europeo de Gestión de Calidad EFQM, modelo ISO 9001:2015 y modelo de acreditación americano Joint Commission. Para esta búsqueda y selección de la información se empleó Google Académico y la base de datos Medline (PubMed). Se identificaron los estándares y criterios de calidad con el fin de adaptarlos y replicarlos en medicina estética para crear un modelo de calidad para una UME; se definió el concepto de UM; y se desarrolló el modelo de calidad en una UME conforme a un mapa de procesos y subprocesos englobando estructura y recursos humanos.

Para gestionar la calidad de la asistencia sanitaria se encontraron dos tipos de modelos: los de mejora continua, que incluyen modelos de certificación y excelencia como son ISO, EFQM o Lean Healthcare, que provienen de la industria, y los basados en modelos de acreditación, como el americano Joint Commission, diseñado exclusivamente para servicios sanitarios. Su descripción escapa del propósito de este trabajo, basta con decir que tras su estudio detallado se ha definido un modelo de calidad y seguridad más sencillo que engloba los criterios básicos de la calidad total en su concepto actual.

RESULTADOS

Introducción al modelo de calidad

Los criterios básicos de la calidad total sobre los que se sustentará el modelo propuesto son:

a) Mantenimiento: incluye la estandarización de las tecnologías utilizadas, de la organización y el procedimiento; seguimiento y control de los indicadores/estándares.

b) Mejora continua (*kaizen*): su función es mejorar constantemente y cada vez más los procedimientos. Todos los procesos, al ser controlados, generan información a partir de la que se debe seguir mejorando dicho proceso. Se establece, por lo general, que cada 6 a 12 meses debe existir una mejora del proceso. Esta actividad es cíclica y se basa en: planificación, ejecución, evaluación y actuación.

c) Innovación: incluye actividades sistemáticas para crear productos y servicios en función de la demanda del cliente, costes, etc., que no se han experimentado con anterioridad.

La gestión de un modelo de calidad se sustenta en:

- La cultura de la calidad, que debe desarrollarse para todo el personal de la organización.
- Los recursos humanos, que deben estar alineados con el mismo objetivo de calidad.
- La utilización de un *software* adecuado y la estadística.

Modelo de calidad y seguridad para una UME

1. Definición de UME

Según el Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, en su Anexo II: Definiciones de centros, unidades asistenciales y establecimientos sanitarios, en el apartado U.48, dice: 'Medicina cosmética: unidad asistencial en la que un médico es responsable de realizar tratamientos no quirúrgicos, con finalidad de mejora estética corporal o facial' [15]. Esta definición es un principio de mínimos, aunque básico. De la misma forma se establece en el Decreto 151/2017 del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya [16].

Según el Real Decreto 1277/2003, en el Artículo 2 se entiende por centro sanitario, el "conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas". Los centros sanitarios pueden estar integrados por uno o varios servicios sanitarios, que constituyen su oferta asistencial.

El servicio sanitario se define como la "unidad asistencial, con organización diferenciada, dotada de los recursos técnicos y de los profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, para realizar actividades sanitarias específicas". Puede estar integrado en una organización cuya actividad principal puede no ser sanitaria [17].

A partir de estas definiciones se puede elaborar mejor la definición de unidad asistencial de medicina estética como 'aquel servicio sanitario dotado de recursos técnicos, de profesionales capacitados por su titulación o habilitación profesional, en la que un médico o médicos son responsables de realizar tratamientos no quirúrgicos con la finalidad de mejora estética corporal o facial'.

La UME precisará de un lugar físico donde desarrollar su actividad, o un centro sanitario para prestar sus servicios; que puede ser única y exclusivamente para el desarrollo de la medicina estética o encontrarse integrado junto con otros servicios sanitarios.

¿Cómo se gestiona el modelo de calidad? Principios básicos de la gestión de la calidad

Todas las unidades de medicina estética que se rijan por este modelo deben seguir los principios básicos de la calidad en una organización:

a) **Liderazgo:** el responsable de la unidad o líder debe establecer el propósito de la unidad y la orientación de esta. Debe crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos propuestos.

b) **Enfoque al cliente:** una UME depende de su clientela y, por lo tanto, debería comprender las necesidades actuales y futuras de estos, a fin de poderlos satisfacer y esforzarse en exceder sus expectativas.

c) **Compromiso del personal:** el personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.

d) **Enfoque a procesos:** un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

e) **Enfoque a la gestión:** identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de la unidad en el logro de sus objetivos.

f) **Mejora continua:** la mejora continua de la unidad debe ser un objetivo permanente de esta.

g) **Toma de decisiones basada en hechos:** las decisiones eficaces se basan en el análisis de datos y la información.

h) **Relaciones con proveedores, mutuamente beneficiosas:** una UME y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta su capacidad para crear valor.

2. Funciones del Liderazgo: misión, visión y valores

La primera acción que debe llevar a cabo la UME bajo el liderazgo de su responsable o responsables es identificar cuál es su posición dentro de su sector de mercado y de la sociedad a fin de plantearse los objetivos y metas que espera alcanzar. Para lograrlo, se debe desarrollar la misión, la visión y los valores de la unidad.

La misión es una declaración en la que se describe el propósito o razón de ser de la unidad; la visión, en cambio, es lo que la unidad pretende alcanzar a largo plazo, y los valores son la base sobre la que se asienta la cultura de esta. Los valores son el soporte para la visión y la misión y, además, son la clave de una gestión eficaz. Es necesario que las partes interesadas definan una serie de valores y aseguren su cumplimiento.

La UME debe constituir un equipo de trabajo para realizar un ejercicio de reflexión, de una parte definiendo: *¿quiénes somos y qué pretendemos?*, *¿qué necesidades internas y externas nos influyen y condicionan?*, *¿quiénes son nuestros clientes y qué desean?*, *¿qué requisitos nos impone nuestra empresa (entre ellos los legales)?* Por la otra, se debe intentar precisar cuáles van a ser los factores críticos de éxito (FCE).

Se recomienda el uso de análisis tipo DAFO (Debilidades, Amenazas, Fuerzas y Oportunidades) [14]. A partir de su resultado hay que elaborar la lista de lo que van a ser los FCE.

Es recomendable, aunque no imprescindible, el uso de lo definido en el modelo EFQM: resultados empresariales, satisfacción del cliente, satisfacción del personal, impacto en la sociedad, procesos, recursos humanos, política y estrategia, liderazgo. No deberían ser más de 7 u 8, de modo que conviene escoger los que van a favorecer más fácilmente el éxito de la UME.

Una vez instituidos los FCE hay que definir la política y estrategia de la UME y establecer los objetivos básicos o primordiales, concretar un plan para llevarlos a cabo (plan estratégico), establecer los objetivos anuales y desplegarlos en acciones concretas.

Las funciones del liderazgo también implican:

- Que los responsables de la UME demuestren su compromiso con respecto al enfoque al cliente, asegurándose que se delimitan, se comprenden y se cumplen los requisitos del cliente/usuario legales y reglamentarios aplicables.
- Asegurarse de que los recursos necesarios para la gestión de la calidad estén disponibles.
- El compromiso con las personas, apoyándolas y favoreciendo su desarrollo. Las personas son la clave de la UME y del éxito de la unidad y la satisfacción del cliente. La formación no solo debe ser técnica o científica, sino que debe alcanzar al trato personal y a la inteligencia emocional. Es imposible pensar en la excelencia si no se sigue la premisa: "*excelencia es la calidad total conducida por el factor humano*".
- La comunicación de la política de calidad. Tanto desde el punto de vista interno como externo, ya que esto marca un punto de inflexión con aquellas UME que no la lleven a cabo.
- Promover la seguridad clínica del paciente basándose en la creación y formación de una cultura de seguridad de las personas de la UME, máxime las que intervienen directamente en el proceso asistencial, proporcionándoles las herramientas que permitan su tarea de la forma más segura.

3. Planificación

La UME debe planificar sus acciones para conseguir los objetivos estratégicos que ha definido, abordando los riesgos y las oportunidades, la forma de introducir acciones de mejora en sus procesos y evaluar la eficacia de las mismas.

Entre ellas hay que hacer especial énfasis en las acciones que van a garantizar la seguridad clínica de los usuarios a lo largo de todo el proceso asistencial, tales como las listas de comprobación.

4. Gestión por procesos

Para conseguir una gestión de calidad en una UME se recomienda el uso de la metodología de procesos. La gestión por procesos es, sin lugar a duda, una de las mejores herramientas para la gestión de la calidad en todo tipo de organizaciones.

Se puede definir ***proceso*** como "aquella actividad o conjunto de actividades relacionadas entre sí que utiliza recursos y controles para transformar una entrada en una salida con resultados y valor añadido".

El usuario de la UME debe atravesar un sistema ordenado que contribuya a obtener el resultado y grado de satisfacción esperado. De manera más gráfica puede afirmarse que todas las actividades que se realizan en la UME deben ser consideradas como procesos, desde la publicidad, pasando por las compras, hasta la atención de una reclamación. La mayoría de ellos están interrelacionados e interactúan entre sí.

La gestión sistemática de estos es fundamental para el correcto desarrollo del modelo de calidad. Se definen 3 tipos fundamentales de procesos:

- Estratégicos: incluyen la atención al cliente, *marketing*, recursos humanos, gestión de la calidad, medicina basada en la evidencia, o protocolos de seguridad clínica, entre otros.

- Clave o de realización: planificación y realización del proceso (Figura 1).

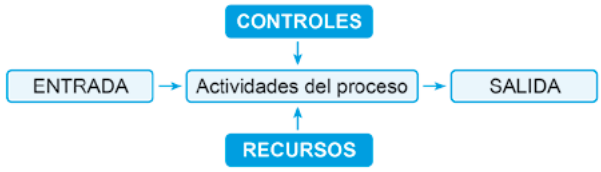

Figura 1. Los procesos clave influyen directamente en la satisfacción del cliente y en los resultados económicos.

- De soporte: compras, contabilidad, sistemas de la información, formación, imagen y comunicación.

Los procesos clave influyen directamente en la satisfacción del cliente y, por lo tanto, lo harán también en los resultados económicos. El cliente se convierte en el árbitro de lo que hacemos. Los procesos clave deben ser revisados y mejorados constantemente. La medicina basada en la evidencia será la guía de los protocolos y procedimientos normalizados, ya que evoluciona a la par que la ciencia médica; por lo tanto, los procesos clave donde se aplica deben modificarse en función de estos, así como los nuevos servicios o prestaciones que se realicen en consonancia con nuevas tecnologías.

5. Mapa general de procesos

El mapa general de procesos ha de identificar, definir y documentar todos los procesos de la UME, ya sea por escrito o gráficamente (diagramas de flujo), acompañándolos de la información necesaria, listas de comprobación o datos necesarios (Figura 2).

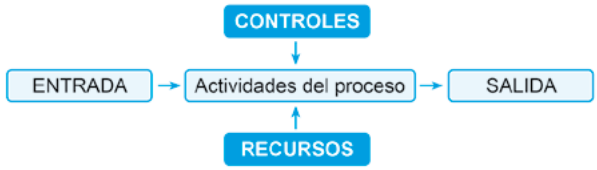

Figura 2. Diagrama de flujo general a seguir.

Debe hacerse siguiendo tres criterios: minimizar el papeleo, facilitar su comprensión y favorecer el trabajo en equipo. Cada proceso debe tener una finalidad bien definida, identificar a los proveedores y clientes, tener unos objetivos medibles que se puedan controlar y unos límites establecidos (principio y final) con las interrelaciones delimitadas. Todo ello debe estar bien documentado y registrado. Es recomendable el uso de un cuadro de indicadores de calidad, ya que facilita la evaluación del proceso.

Es fundamental la estandarización de los procedimientos que se desarrollan en los procesos; por ello es necesario tener *Procedimientos Normalizados de Trabajo* (PNT). Todos los procesos y subprocesos deben seguir unos objetivos claros de seguridad del paciente. Cada uno de ellos puede disponer de su indicador correspondiente.

5.1. Proceso clave en la UME

5.1.1. Recibir. Acoger:

a) Mapa (Figura 3).

Figura 3. Proceso de recepcionar - acoger al paciente.

a. Ubicación del proceso: unidad asistencial de medicina. Recepción.

b. Ámbito del proceso:

Inicio: solicitud de visita de medicina estética.

Final: cuando el usuario inicia la visita médica.

b) Misión:

Qué se hace: se realiza la filiación del paciente en el caso de ser una primera visita. Según PNT correspondiente (datos, nombre, dirección, teléfono, motivo de la visita, etc.). Si el usuario ya está filiado de anteriores ocasiones, se revisarán los datos. La historia clínica debe ser exhaustiva, contemplando todos los detalles de exploración manual y/o con aparatología si se precisa. Una vez realizada la historia clínica, se llevará a cabo una propuesta de tratamiento, explicando con detalle el procedimiento, duración de este, posibles complicaciones y cuidados posteriores al tratamiento. Se entregará el consentimiento informado y presupuesto detallado.

Entre el consentimiento informado y el procedimiento por realizar, debe concederse un tiempo suficiente para que el paciente reflexione. Se dará un plazo de al menos 24 horas.

En la historia clínica deberán reflejarse todas las actuaciones médicas y seguimientos.

Qué se entrega: notificamos al usuario si debe esperar, dónde y el tiempo aproximado de demora. Avisamos al médico de que tiene a un paciente en disposición de espera para ser atendido.

Para qué sirve: facilita los datos del paciente y nos aporta una idea aproximada de la solicitud que demanda (información, un tratamiento, una revisión…).

c.) Control:

El indicador será que el cumplimiento recomendado debería ser del 99% (Figura 4).

$$\frac{\text{Número total de pacientes con filiación correcta}}{\text{Número total de pacientes visitados}} \times 100$$

Figura 4. Forma de obtener el indicador de cumplimiento en el proceso de acoger.

c.) Objetivo de seguridad: no debe haber ningún paciente sin cumplimentar los PNT de filiación.

5.1.2. Visitar, diagnosticar (historiar y proponer un tratamiento en una primera visita)

Este proceso clave se desglosará en subprocesos, ya que va a ser la base para alcanzar un correcto diagnóstico, el tratamiento más eficaz y la máxima seguridad clínica a fin de poder satisfacer las expectativas de los pacientes.

Subproceso: visitar-historiar: Mapa (Figura 5).

Figura 5. Proceso de visitar - historiar.

a) Ubicación del subproceso: unidad asistencial de medicina estética. Consulta médica.

b) Ámbito del proceso:

Inicio: tras el proceso de filiación, cuando empieza la atención médica.

Final: cuando el facultativo ha realizado la historia clínica hasta el momento de la exploración.

c) Misión:

Qué se hace: se realiza la primera parte de la historia clínica según PNT correspondiente (datos: motivo de consulta, antecedentes, medicación, alergias, hábitos...).

Qué se entrega: historia clínica estandarizada que debe quedar en la base de datos.

Para qué sirve: facilita los datos médicos del paciente y nos aporta la base para un tratamiento adecuado, seguro y sin errores.

c) Control: El indicador será un cumplimiento recomendado del 99% de los pacientes con historia completa correctamente realizada.

d) Objetivo de seguridad: ningún paciente debe quedar sin historia clínica completa. El proceso debería ser mínimamente modificado si se trata de una segunda visita de resultados u otro tipo de consulta que no sea un tratamiento de un paciente ya conocido.

Figura 6. Proceso de explorar - diagnosticar.

Subproceso: explorar, diagnosticar:

a) Mapa (Figura 6).

a. Ubicación del proceso: unidad asistencial de medicina estética. Consulta médica.

b. Ámbito del proceso:

Inicio: tras la recogida de datos de la HC según PNT antes de la exploración.

Final: cuando el facultativo ha realizado la exploración y el diagnóstico hasta el momento de la propuesta de tratamiento.

b) Misión:

Qué se hace: se realiza, según PNT correspondiente, la segunda parte de la historia clínica (datos: fototipo de piel, arrugas, manchas, lesiones dérmicas...). Es importante la toma de fotografías según norma estandarizada (Anexo I). La captación, reproducción y publicación de fotografías requiere de consentimiento expreso por parte del paciente.

Qué se entrega: historia clínica estandarizada con exploración, orientación diagnóstica y fotografías, que debe quedar registrada en la base de datos.

Para qué sirve: facilita el correcto diagnóstico a fin de poder proponer el tratamiento o tratamientos más adecuados según protocolos de actuación.

c) Control: El indicador será, como en los anteriores, un cumplimiento recomendado del 99% de los pacientes correctamente fotografiados.

d) Objetivo de seguridad: ningún paciente sin historia clínica completa ni fotografías.

Figura 7. Ubicación del proceso de proponer tratamiento.

Subproceso: propuesta de tratamiento:

a) Mapa (Figura 7)

a. Ubicación del proceso: unidad asistencial de medicina estética. Consulta médica.

b. Ámbito del proceso:

Inicio: tras la recogida de datos de la HC según PNT y fotografías.

Final: cuando el facultativo ha realizado la propuesta de tratamiento y entregado los documentos de consentimiento informado.

b) Misión:

Qué se hace: se propone al paciente un tratamiento lo más acorde posible con el diagnóstico realizado y sus expectativas. Se da la información necesaria en relación al procedimiento propuesto y a sus posibles complicaciones o efectos secundarios.

Qué se entrega: la propuesta de tratamiento y toda la información que acompaña a esta. Debe redactarse de forma sencilla y en lenguaje comprensible, si es necesario como documento. Se entrega el consentimiento informado del procedimiento para que el paciente pueda llevárselo, leerlo con tranquilidad y firmarlo. Si se procede al tratamiento a continuación de la visita, el paciente deberá disponer del tiempo necesario para su lectura y aceptación. El médico deberá responder de forma clara a las preguntas y dudas que el paciente realice antes de aceptar el tratamiento. Todo debe quedar registrado y correctamente anotado en la HC de la base de datos.

Para qué sirve: facilita la comprensión del tratamiento propuesto al cliente y su aceptación. Garantiza el cumplimiento del marco legal establecido sobre la información al paciente y la firma del consentimiento informado. Así mismo garantiza que el médico, de acuerdo a sus protocolos, y la MBE proponen el tratamiento más seguro para el paciente.

c) Control: el indicador será un cumplimiento recomendado del 99% en todos los puntos del proceso.

d) Objetivos de seguridad:

Ningún paciente sin historia clínica completa, información adecuada y sin consentimientos informados entregados.

Cumplimentar listado de comprobación.

Figura 8. Ubicación del proceso de realizar tratamiento.

5.1.3. Proceso: realizar un tratamiento

a) Mapa (Figura 8).

a. Ubicación del proceso: unidad asistencial de medicina estética. Consulta médica o sala de tratamientos.

b. Ámbito del proceso:

Inicio: existen dos puertas de entrada; la primera, si tras el proceso de visita y diagnóstico, el cliente accede a realizar un tratamiento; la segunda, cuando el paciente, tras una primera visita, acude de nuevo para realizar el tratamiento.

Final: cuando el médico da por finalizado el procedimiento/tratamiento.

b) Misión:

Qué se hace: revisión sistemática de HC comprobando: alergias médicas, medicación y firma del CI. Se realiza el procedimiento, para ello es recomendable la utilización de algoritmos (Figura 9). Todo ello según PNT correspondiente (Anexo II).

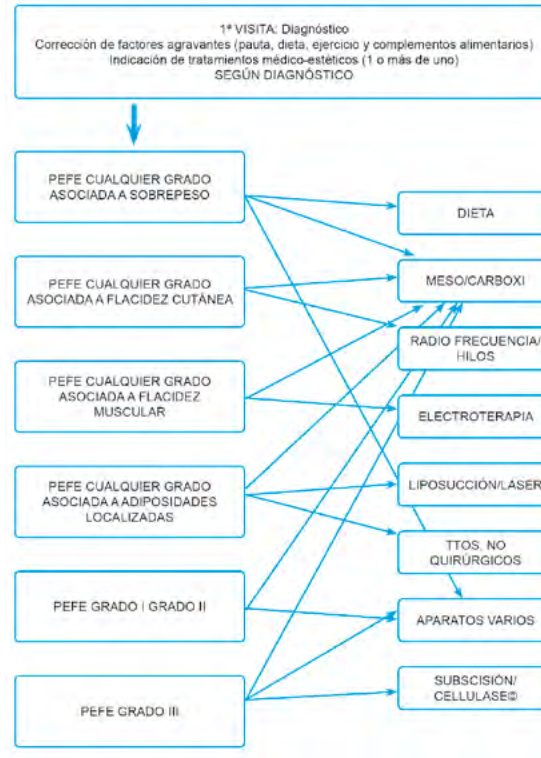

Figura 9. Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) en tratamientos de paniculopatía-edemato-fibroesclerótica.

Para qué sirve: para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente.

c) Control: el indicador será un cumplimiento recomendado del 99% en todos los puntos del proceso.

d) Objetivos de seguridad:

Ningún producto será utilizado sin el correspondiente registro y certificado sanitario.

Cumplimentar listado de comprobación de seguridad antes de realizar el procedimiento.

Figura 10. Proceso de finalización: dar el alta.

5.1.4. Proceso: dar el alta al paciente

a) Mapa (Figura 10)

a. Ubicación del proceso: unidad asistencial de medicina estética. Consulta médica.

b. Ámbito del proceso:

Inicio: cuando el médico da por finalizado el tratamiento.

Final: cuando el paciente sale de la UME.

b) Misión:

Qué se hace: se dan las explicaciones y recomendaciones que debe seguir el paciente tras el procedimiento.

Qué se entrega: se entrega al paciente un informe médico en el que debe constar un breve resumen de su historia clínica, diagnóstico y el procedimiento realizado. Se entrega hoja de recomendaciones para el procedimiento y receta de medicamentos si estos son necesarios. Si en el procedimiento se ha administrado algún producto farmacéutico o medicamento que deba ser comunicado, según el Real Decreto 1591/2009 de 16 de octubre por el que se regulan los productos sanitarios [18], debe entregarse la correspondiente tarjeta y registrarse en la HC.

Para qué sirve: para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente y garantizar el cumplimiento de las normas de seguridad y legales.

c) Control: el indicador será un cumplimiento recomendado del 99% en todos los puntos del proceso.

d) Objetivos de seguridad:

Ningún paciente dado de alta sin la correspondiente documentación.

Cumplimentar listado de comprobación de seguridad antes de realizar el alta.

5.2. Procesos estratégicos en la UME

Cada UME debe definir sus procesos estratégicos de acuerdo a sus objetivos y necesidades, pero algunos en concreto son imprescindibles para el buen funcionamiento de cualquier unidad, como son:

a) Elaboración de protocolos de asistencia/tratamiento, según la medicina basada en la evidencia. Se recomienda el uso de los Protocolos de la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME).

b) Elaboración de los procedimientos normalizados de trabajo. Cada UME debe disponer de ellos; como base se pueden utilizar los que se encuentran en los Anexos I y II.

c) Proceso de seguridad clínica, que debe abarcar el proceso general de la UME, desde su entrada hasta la salida. Debe estar regido por un protocolo y desarrollarse de acuerdo con este. El proceso debe disponer de un procedimiento de declaración de efectos adversos. En este apartado se pueden utilizar aquellos que ya están en funcionamiento y ampliamente probados, como SINASP o el sistema TPSC Cloud®.

d) Elaboración de listas de comprobación para la seguridad de los procedimientos.

e) El proceso de atención al cliente deberá elaborarse acorde a las necesidades que defina cada UME siguiendo los criterios de calidad y seguridad establecidos en el modelo.

f) El proceso de ***marketing*** y comunicación externa/interna se puede externalizar. Se recomienda cumplir con las normas de la buena práctica en publicidad sanitaria [20] y la legislación vigente [21].

g) Proceso de recursos humanos: debe tener como misión primordial el compromiso con las personas, apoyándolas y favoreciendo su desarrollo. Las personas y el trabajo en equipo son la clave de la UME, del éxito de la unidad y de la satisfacción del cliente. Es imposible pensar en la excelencia si no se sigue la premisa: "*excelencia es la calidad total conducida por el factor humano*".

h) Sistemas de la información: la utilización de un *software* adecuado y la estadística son pilares esenciales en el siglo XXI para la gestión de la calidad en una UME. Permiten el control y registro de toda

la información que se genera, tanto externa como interna, así como el seguimiento de indicadores o estándares fijados de una forma rápida y sencilla. La información registrada debe cumplir con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [22].

i) Proceso de formación: debe desarrollarse para todo el personal dentro de la organización. Los recursos humanos deben estar alineados con el mismo objetivo de calidad. La formación no solo ha de ser técnica o científica, sino que debe alcanzar al trato y a la inteligencia emocional.

5.3. Procesos de soporte/recursos en la UME

Los procesos de soporte recogen aquellas actividades y elementos imprescindibles para poder realizar el trabajo: compras, contabilidad, mantenimiento e infraestructura.

a) Infraestructura: la organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios. La infraestructura puede incluir: a) edificios y servicios asociados; b) equipos, incluyendo *hardware* y *software*.

El edificio/local debe ser el adecuado según criterios de la UME, y cumplir la legislación vigente además de la normativa municipal que le corresponda [23, 24].

Según el modelo el protocolo de requisitos mínimos de la Junta de Andalucía cabría recomendar que la UME disponga de espacios y recursos que permitan la protección de la intimidad y la privacidad de la persona (visual y auditiva), cuyas dimensiones habrán de ser suficientes según la naturaleza de la UME y su volumen de actividad. Debe contar con un área de recepción, información y/o atención a los usuarios que permitan la privacidad y una atención individualizada. Disponer de sala de espera con capacidad y mobiliario adecuados que garanticen la confortabilidad de los usuarios. Contar con una zona reservada o habitáculo, con un nivel adecuado de intimidad, para la información a los usuarios y/o a sus familiares. Esta zona puede corresponderse con la propia consulta o disponer de otro espacio destinado a tal fin (despacho, área habilitada…).

Disponer de consulta o despacho profesional y área de exploración que permiten llevar a cabo la atención sanitaria garantizando la intimidad de la persona. Estos espacios pueden ser independientes o integrados. En el caso de estar integrados, deben emplearse medidas estructurales que garanticen la separación funcional entre ambos. Disponer de espacio adecuado si se hace uso de medios físicos para evitar la exposición física del paciente.

En las áreas donde los pacientes necesiten desvestirse, disponer de espacios adaptados a tal fin, dotados con biombo o cortina, percha y banqueta o silla. Facilitar ropa adecuada para efectuar determinadas exploraciones o procedimientos clínicos que requieren que el paciente se desprenda de su ropa, quedando parcial o totalmente desnudo [25].

b) Compras o **suministros** para el correcto funcionamiento del negocio. Según Verónica Ruiz representa el 50% del valor del producto que se vende. Esto dependerá del tipo de empresa en cuestión. Teniendo en cuenta esto, no es difícil de suponer que entre un **20 y un 30% de los beneficios** de una empresa se deben a los **ahorros generados en el departamento de compras.** Con una buena gestión comercial se puede ahorrar y **aumentar los beneficios de la empresa**, condicionando el resultado final de nuestro producto [26].

En concreto, las tareas que hay que realizar son:

- Prever las necesidades de materiales.
- Planificar el suministro con tiempo suficiente.
- Adquirir dichos materiales.
- Asegurarse de que se reciben los productos solicitados en la cantidad y en el tiempo acordado y de que lleguen en perfecto estado.
- Gestión administrativa del suministro; es decir, encargarse de los pagos.

El procedimiento debe incluir las operaciones previas a la compra: previsión de necesidades, determinar la cantidad que hay que adquirir, así como la modalidad de aprovisionamiento; la compra, cuando se adquieren los materiales; operaciones posteriores a la adquisición: recepción de productos, aceptación de las facturas y, en ocasiones, reclamación por defectos en los materiales o por llegada en malas condiciones; operaciones paralelas a la compra: gestionar el stock, captar nuevos proveedores, recuperar materiales sobrantes o en desuso, etc. Además, existen una serie de tareas como análisis de precios, selección de proveedores en función de criterios de calidad, negociación del precio, contratos de suministros y, finalmente y no menos importante, las relaciones que se establecen con los proveedores.

c) Contabilidad: para dicho proceso conviene disponer de una herramienta informática y/o de un especialista (gestor) para poder llevar a cabo tareas tales como elaboración de nóminas o el pago de impuestos.

d) Mantenimiento: se recomienda el empleo de la herramienta 5S, del modelo Lean Healthcare. La herramienta 5S es una metodología para la creación de un ambiente de trabajo organizado limpio y seguro. Esto aumenta la seguridad del paciente, mejora la calidad de vida y seguridad laboral, reduce las contaminaciones y ayuda a extremar la higiene, aumenta la eficiencia de los procesos, mejora la organización del puesto de trabajo evitando la pérdida de tiempo en la búsqueda de materiales, hace que los cambios sean visibles y fomenta la participación de todos en la mejora a través del equipo de trabajo.

   Las fases de la herramienta 5S son:

   1. Separar: distinguir lo necesario de lo que no lo es.
   2. Ordenar: un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar.
   3. Limpiar: mantenerlo todo limpio para conseguir una ambiente y entorno de trabajo agradable.
   4. Estandarizar: mantener los 3 puntos anteriores y descubrir funcionamientos anómalos a simple vista.
   5. Sostener (autodisciplina): seguir las normas escrupulosamente, conservar y mantener los buenos hábitos.

6. Mejora continua (*kaizen*)

Según define la norma ISO 9001 (2015), la organización debe mejorar continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad [27]; considerando los resultados del análisis y la evaluación para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.

El modelo Lean indica que lo primero que debe hacerse es evaluar dónde surge el problema, verificar qué sucede y tomar las primeras contramedidas y acciones de corrección necesarias. Hay que encontrar la causa y resolverla de raíz, estandarizando el cambio para que no vuelva a suceder.

Una acción de mejora es toda acción destinada a cambiar la forma en que se está desarrollando un proceso. Estas mejoras deben reflejarse en los indicadores del proceso. Un proceso puede mejorarse mediante aportaciones creativas, imaginación y sentido crítico. Dentro de esta categoría entran, por ejemplo: simplificar y eliminar burocracia (simplificar el lenguaje, eliminar duplicidades), normalizar la forma de realizar las actividades, mejorar la eficiencia en el uso de los recursos, reducir el tiempo de ciclo, análisis del valor y alianzas (con proveedores, por ejemplo).

Todos los procesos, al ser controlados, generan información que debe aprovecharse para seguir mejorando. Se establece, por lo general, que cada 6 a 12 meses debe existir una mejora del proceso. Esta actividad es cíclica y se basa en: planificación, ejecución, evaluación y actuación.

La mejora continua es un proceso en el que deben participan todas las personas de la UME con el objeto de incrementar progresivamente la calidad, competitividad y productividad, aumentando el valor para el paciente y la eficiencia en el uso de los recursos, en el seno de un entorno cambiante.

Quienes lideran la UME deben ser capaces de estimular al equipo, proporcionándole la motivación necesaria, la formación y la mejora continua de la calidad, convirtiéndola en un hábito para la UME. Es imprescindible que el líder y/o líderes sepan reconocer el trabajo bien hecho del equipo.

7. Innovación

Según Schumpeter, la innovación es la introducción en el mercado de un nuevo producto o proceso que aporta elementos diferenciadores respecto a los existentes hasta ese momento [28]. Incluye una serie de actividades sistemáticas para crear productos y servicios en función de la demanda del paciente, costes, o cambios de mercado, que no se han experimentado antes. Los procedimientos, productos y servicios de una UME no son eternos.

Todos los productos tienen un ciclo de vida determinado; según Levitt, el modelo de ciclo de vida de un producto (*product life cycle*) es un concepto utilizado en *marketing* que hace referencia a que todo producto introducido con éxito en el mercado pasa por un ciclo de vida predecible que consta de cuatro grandes etapas, en las que existen diferentes riesgos y oportunidades comerciales que influirán en la mayor o menor rentabilidad futura del producto: introducción o nacimiento, crecimiento, madurez y/o saturación y declive [29].

El liderazgo de una UME supone estar atento a dichos ciclos y abierto a la innovación, fundamentalmente porque la medicina estética es una disciplina en crecimiento en la que, de manera constante, aparecen nuevas tecnologías, productos y técnicas que permiten mejorar la calidad y seguridad de los procedimientos y procesos, haciéndolos más satisfactorios para los pacientes.

Es recomendable mantenerse actualizado mediante cursos, congresos, talleres y másteres que se realizan desde las universidades, asociaciones científicas y la propia industria.

DISCUSIÓN

Los cuatro modelos de calidad, ya descritos, están reconocidos a nivel internacional y ampliamente probados. Dichos modelos presentan una característica en común: un largo periodo de tiempo para implementarse y para funcionar; se podría decir que son bastante complejos. Están pensados y diseñados para organizaciones de estructura más grandes de lo que suele ser una UME. Por este motivo se hace necesario desarrollar un modelo que, basándose en los anteriormente expuestos y utilizando elementos de estos, resulte más sencillo de desarrollar y aplicar.

Aunque existen clínicas, centros y franquicias con volúmenes de trabajo de cierta envergadura y numeroso personal, distribuidos por la geografía española, que probablemente podrían utilizar un modelo de los citados. Sin embargo, la gran mayoría son centros pequeños, muchos de ellos unipersonales, que hacen inviable el esfuerzo que supone la aplicación de un modelo de calidad complejo.

En 1961, Donabedian sistematizó la evaluación de la calidad asistencial en el análisis de la estructura, el proceso y los resultados, marcando la evolución conceptual y metodológica de la gestión de calidad en nuestro sector. Hoy en día parece apropiado que una unidad asistencial de medicina estética esté diseñada y siga las bases de la calidad asistencial basada en modelos de la calidad total y la excelencia.

No debe descuidarse en ningún momento la seguridad asistencial de los pacientes; ya que, de hacerlo, no se estaría ofreciendo un servicio de calidad. Cabe recordar que la seguridad es un atributo esencial de la calidad asistencial.

En la situación actual de la medicina estética se observa:

- Creciente desarrollo y expansión.
- Disciplina médica no reconocida como especialidad a pesar de la espectacular mejora en el ámbito de la formación durante la última década.
- Alto nivel de intrusismo.

Los clientes, en la actualidad, son cada vez más exigentes con el grado de satisfacción y están influenciados por los medios de información, redes sociales y la cultura de la calidad que hoy en día encontramos en todos los ámbitos de la vida. Esto hace que, cuando se piense en un servicio sanitario como la medicina estética, deba enmarcarse en dicho modelo.

Teniendo en cuenta las premisas anteriores, una UME precisa de elementos que la diferencien de las demás. Uno de ellos puede ser un modelo de calidad, que pueda referenciarse y sea una garantía para los usuarios de la medicina estética. Sin embargo, para implementar un modelo de calidad siempre es necesario un esfuerzo de liderazgo, mucho trabajo y la implicación de todos los actores que trabajan en esta disciplina.

Hay dos elementos esenciales que considerar:

- Formación básica en los conceptos de la calidad para todos.
- Formación básica en conceptos de seguridad clínica.

Esta formación debe permitir a cada UME, conocer y desglosar lo que se hace en el ámbito de su especialidad. Cada unidad tiene que efectuar su trabajo, pero es necesario el apoyo de aquellas personas que le puedan ayudar a desarrollar las tareas de análisis y mejora.

Sería necesario, por ende, una jornada de formación para los equipos médicos de tipo teórico-práctico, planteada de tal modo que después de explicar qué es un proceso, cada UME pudiera hacer el desglose y su propio mapa de procesos.

Después de las jornadas de formación se podrían plantear unas jornadas de planificación estratégica, que empezarían por llevar a cabo un análisis DAFO de cada UME para desglosarlo posteriormente en el mapa de procesos que permita finalmente decidir acciones de mejora y planificación a dos años vista.

CONCLUSIONES

Un modelo de calidad es un buen instrumento de mejora para cualquier organización, implicando a todas las partes de ésta. Un modelo específico, que conozca la realidad del sector va a ser de mayor utilidad y de más fácil aplicación, favoreciendo el trabajo en equipo e implicando a todas las personas con el mismo objetivo: la calidad total y la excelencia.

Ayudará a implementar la cultura de la seguridad en todos los ámbitos, mitigará el riesgo de eventos adversos y errores no deseados, favorecerá el autoanálisis y potenciará la mejora continua y la innovación. Del mismo modo ayudará en el desarrollo de la profesión al proporcionar una oportunidad de formación y crecimiento permanente, hecho que implicará una mayor satisfacción personal y aumento de la motivación.

La evaluación de numerosos aspectos de la gestión repercutirá en una mayor eficacia y eficiencia, mejorando los resultados globales.

Desde el punto de vista externo, fortalecerá nuestra imagen de cara a los usuarios, demostrando credibilidad y compromiso, proporcionándoles confianza y tranquilidad, lo que redundará en su satisfacción.

ANEXO I. Recomendaciones en fotografía en consulta de medicina estética

- Utilizar cámara réflex digital (emplear siempre la misma cámara).
- Colocar una rejilla en la cámara para enfocar los mismos puntos si el modelo de la cámara no tiene líneas-guía en la pantalla que ayuden a encuadrar mejor el motivo de la foto y a evidenciar las asimetrías.
- Emplear la iluminación propuesta por Meneghini [19], que utiliza un raíl en el techo por el que desplaza un *flash* que se puede posicionar a distintas alturas gracias a un pantógrafo que une el *flash* al raíl. Ayudado por un panel reflectante, elimina las sombras del mentón. Si no se cuenta con esto, se puede emplear un *flash* independiente del cuerpo de la cámara con difusor.
- Fondo. Se considera que el fondo ideal debe ser azul claro o gris medio.
- El número de fotografías deberán oscilar entre 3-5, hasta 8.
- Es recomendable realizar las fotografías antes del procedimiento, después del procedimiento y al mes. Las complicaciones también deben ser fotografiadas.

En España, el artículo 299 de la Ley de Enjuiciamiento Civil admite la imagen como medio de prueba. Aunque puede ser rechazada si se cuestiona su autenticidad o posible manipulación, por lo que es recomendable adoptar los cuidados precisos que garanticen su autenticidad.

Parámetros propuestos para áreas anatómicas específicas (Figura 11):

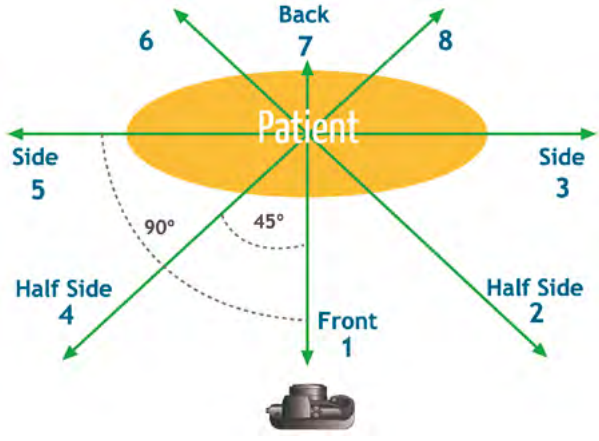

Figura 11. Estandarización de los planos fotográficos. Proceso de finalización: dar el alta. Tomado de Meneghini (2001) (19).

a) Cara

Posiciones del paciente: bipedestación, en posición anatómica, mirando al horizonte (vista frontal, 3/4 derecha, lateral derecha, 3/4 izquierda y lateral izquierda).

En las vistas laterales se alinearán las comisuras de la boca.

En las oblicuas, el nasión estará alineado con el canto medial del ojo más lejano.

Orientación de la cámara: vertical.

Altura de la cámara: en la línea horizontal de Frankfurt del paciente.

Distancia: a 1 metro del paciente.

Límites de encuadre: desde cuello hasta cuero cabelludo.

Punto de enfoque: pestañas del ojo más cercano.

Velocidad: por lo menos 1/125. Si es menor, se deber usar trípode.

b) Vista basal de la nariz

Posición del paciente: bipedestación, con la barbilla levantada hasta alinear la punta nasal con los párpados superiores.

Posición de la cámara: horizontal.

Altura de la cámara: a la misma de los ojos del paciente.

Distancia: 0,5 metros.

Límites de encuadre: incluir labio superior hasta trichión en vertical y ambas sienes en horizontal.

Punto de enfoque: alas nasales.

c) Ojos

Posiciones del paciente: bipedestación, en posición anatómica, mirando al horizonte con vistas frontal, frontal cerrando los ojos y frontal mirando hacia arriba 3/4 derecha, lateral derecha, 3/4 izquierda y lateral izquierda.

Orientación de la cámara: horizontal.

Altura de la cámara: a la altura de los ojos del paciente.

Distancia: 0,5 metros del paciente.

Límites de encuadre: desde cejas hasta labio superior. Incluir totalmente la nariz y las cejas. En la vista lateral, usar mismo *zoom* y distancia que en el resto.

Punto de enfoque: pestañas del ojo más cercano.

Puntos de referencia: la línea 1 pasa por las cejas en todas ellas.

Frontal: línea media sagital coincide con la de la cámara.

Parámetros propuestos para áreas anatómicas específicas

a) Abdomen

Posiciones del paciente: bipedestación, en posición anatómica, con vistas frontal, 3/4, laterales, laterales con flexión abdominal y sentado. Excepto la frontal y sedestación, todas ellas bilaterales.

Posición de la cámara: horizontal.

Altura de la cámara: xifoides del paciente.

Distancia: a 1 metro del paciente.

Límites de encuadre: desde pubis hasta surcos submamarios.

Punto de enfoque: ombligo.

Frontal y sentado: ombligo en el centro de la imagen.

Oblicuas y laterales: ombligo sobre punto AH (3/4 izquierda) o BH (3/4 derecha).

b) Glúteo y muslos

Posiciones del paciente: bipedestación, en posición anatómica, pero con los brazos apartados de los muslos, con vistas frontal y girando el paciente su posición en intervalos de 45º hasta completar 360º (8 imágenes). Pies ligeramente separados para apreciar el contorno de las caras internas de los muslos.

Posición de la cámara: vertical.

Altura de la cámara: trocánter del paciente.

Distancia: a 1 metro del paciente.

Límites de encuadre: desde ombligo hasta rodillas (ambos incluidos).

Punto de enfoque: contorno del muslo más próximo.

Puntos de referencia: eje longitudinal del paciente centrado con el de la imagen.

ANEXO II. Procedimientos normalizados de trabajo (PNT)

1. PNT: CONTROL Y GESTIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA CLÍNICA ESTÉTICA

	PROCEDIMIENTO DE TRABAJO	CÓDIGO	FECHA	VER	REALIZADO	APROBADO
CLÍNICA ESTÉTICA	Control y gestión de medicamentos en la clínica estética	EST-1	17.05.2019	01	Dr. I. Martí Dra. A. Martínez	Dirección Clínica Estética
	Modificación: creación documento					Página 65*

Objetivo	Área de tratamiento de pacientes en la consulta de la Unidad de Medicina Estética que serán sometidos a procedimientos mínimamente invasivos.
Responsables de ejecución	• Médicos de la UME. • Enfermería de la UME.
Descripción	
Ubicación	• Unidad situada en la planta 0, área medicina estética.
Dotación	• Médico especialista en medicina estética. • Enfermera de la UME.
Descripción	• La Unidad de Medicina Estética tiene un stock de medicamentos; estos se ubicarán en la zona de farmacia del centro médico, en una zona donde la temperatura no supere los 25º y no se encuentren expuestos a luz solar. • Los medicamentos considerados termolábiles deberán guardarse en un frigorífico con termómetro de máxima y mínima que registre la temperatura entre +2 y +8º C. • La enfermera de la UME se encargará del control de stock de medicamentos y de evaluar el correcto mantenimiento y conservación de estos. • Respecto a los productos sanitarios, se deberá controlar su fecha de caducidad. • Se realizarán revisiones periódicas al menos una vez al mes. • Se cumplimentará un registro con el stock de medicamentos, fechas de caducidad (registro de control de caducidades por mes. • Se deberá anotar la fecha de apertura de los productos considerados como sanitarios. • Se deberá notificar las sospechas de reacciones adversas de medicamentos. Esto deberá ser notificado por el médico responsable. • La notificación será realizada a través de la AEMPS y a través de la SEME.

2. PNT: ASEPSIA PARA TRATAMIENTOS FACIALES

	PROCEDIMIENTO DE TRABAJO	CÓDIGO	FECHA	VER	REALIZADO	APROBADO
CLÍNICA ESTÉTICA	PREPARACIÓN DE ASEPSIA PARA TRATAMIENTOS FACIALES	EST-2	17.05.2019	02	Dr. I. Martí Dra. A. Martínez	Dirección Clínica Estética
	Modificación: creación documento					Página 66*

Objetivo	Área de tratamiento de pacientes en la consulta de la Unidad de Medicina Estética que serán sometidos a procedimientos mínimamente invasivos.
Responsables de ejecución	• Médicos de la UME. • Enfermería de la UME.
Descripción	
Ubicación	• Unidad situada en la planta 0, área medicina estética.
Dotación	• Médico especialista en medicina estética. • Enfermera de la UME.
Ingreso	• Una vez que el paciente haya sido registrado y haya entrado a la consulta se seguirán los siguientes pasos: 1. Comprobar en la HC que no tiene ninguna alergia que deba tenerse en cuenta para el procedimiento. Comprobar que el consentimiento informado ha sido debidamente rellenado y firmado. Se deberá comprobar la medicación habitual del paciente por si estuviera en tratamiento con anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios y, en tal caso, asegurarse de que ha suspendido debidamente su toma. 2. Primeramente le entregaremos una bata de papel de un solo uso que el paciente se deberá colocar. 3. Solicitaremos al paciente que se estire en la camilla y nos aseguraremos de que se encuentre en una posición cómoda y adecuada para comenzar el procedimiento al cual será sometido. 4. Le colocaremos un gorro de papel o una diadema con goma elástica para controlar el cabello. 5. Procederemos a desmaquillar, si procede. Se hará con agua micelar adecuada para desmaquillar. 6. Si el procedimiento requiere anestesia tópica, se procederá a aplicar la crema anestésica, que se ocluirá con un film plástico durante 15 minutos (usaremos Emla XL). 7. Una vez transcurrido el tiempo correspondiente retiraremos la crema anestésica y nuevamente dejaremos la piel limpia. 8. Se iniciará el proceso de asepsia con Clorhexidina acuosa. Si el paciente no requiere anestesia tópica, procederemos directamente a la asepsia. 9. Si el paciente no requiere anestésico tópico, procederemos directamente a la asepsia. 10. Se realizarán fotografías antes del procedimiento, en formato RAW, preferentemente en fondo blanco de frente y dos laterales.
Criterios inclusión	• Pacientes que serán sometidos a un procedimiento mínimamente invasivo que no tengan ninguna alergia o enfermedad que impida el procedimiento y que hayan firmado el consentimiento informado.
Criterios exclusión	• Pacientes que tengan alergias o enfermedades autoinmunes que contraindiquen el procedimiento. • Pacientes que no tengan el consentimiento informado firmado.

3. PNT: PREPARACIÓN DE ASEPSIA PARA TRATAMIENTOS CORPORALES

	PROCEDIMIENTO DE TRABAJO	CÓDIGO	FECHA	VER	REALIZADO	APROBADO
CLÍNICA ESTÉTICA	PREPARACIÓN DE ASEPSIA PARA TRATAMIENTOS CORPORALES	EST-3	17.05.2019	03	Dr. I. Martí Dra. A. Martínez	Dirección Clínica Estética
	Modificación: creación documento					Página 67*

Objetivo	Área de tratamiento de pacientes en la consulta de la Unidad de Medicina Estética que serán sometidos a procedimientos mínimamente invasivos.
Responsables de ejecución	• Médicos de la UME. • Enfermería de la UME.
Descripción	
Ubicación	• Unidad situada en la planta 0, área medicina estética.
Dotación	• Médico especialista en medicina estética. • Enfermera de la UME.
Ingreso	• Una vez que el paciente haya sido registrado y haya entrado a la consulta se seguirán los siguientes pasos: 1. Comprobar en la HC que no tiene ninguna alergia que deba tenerse en cuenta para el procedimiento. Comprobar que el consentimiento informado ha sido debidamente rellenado y firmado. Se deberá comprobar la medicación habitual del paciente por si estuviera en tratamiento con anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios, y asegurarse de que ha suspendido debidamente su toma. 2. Primero le entregaremos una bata de papel de un solo uso que el paciente se deberá colocar. 3. Solicitaremos al paciente que se estire en la camilla y nos aseguraremos de que permanezca en una posición cómoda y adecuada para comenzar el procedimiento al cual será sometido. 4. Se iniciará el proceso de asepsia con Clorhexidina acuosa. 5. En tratamientos corporales se realizarán medidas de contorno y registro de peso.
Criterios inclusión	• Pacientes que serán sometidos a un procedimiento mínimamente invasivo que no tengan ninguna alergia o enfermedad que impida el procedimiento y que hayan firmado el consentimiento informado. • Tipo de procedimiento.
Criterios exclusión	• Pacientes que tengan alergias o enfermedades autoinmunes que contraindiquen el procedimiento. • Pacientes que no tengan el consentimiento informado firmado

*Las páginas hacen referencia a: Hernández Sanz, C. "Introducción a la Historia Clínica". Vidurrizaga, C., et al. Medicina Estética. Abordaje terapéutico. Médica Panamericana. 2011.

BIBLIOGRAFÍA

(1). SEME. Cuatro de cada diez españoles recurren a la medicina estética a partir de los 26 años. Nota de prensa. 2020. https://www.seme.org/site/docs/notas-de-prensa/2020-01-15--NdP--SEME--Estudio-socioeconomicomedicina-estetica.pdf

(2). Palou, A. Máster Universitario en Medicina Estética. Universidad de las Islas Baleares 1ª ed. Mallorca.

(3). Requisitos mínimos que han de cumplir los centros que realizan actividades relacionadas con la medicina estética. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Recursos Sanitaris Barcelona. Enero 2003.

(4). Vega López PM, Ruiz del Cueto S, Martínez-Carpio, P. "Complicaciones de la mesoterapia informadas por la comunidad médica internacional: Alerta sobre los riesgos del intrusismo profesional para la salud pública". Documento informativo de la SEME. https://www.seme.org/revista/articulos/complicaciones-mesoterapia-informadas-por-comunidad-medica-internacional-alerta-intrusismo-salud-publica-revision-sistematica

(5). Vega López P, Martínez-Carpio P. "Complicaciones de las inyecciones de silicona líquida en los tratamientos estéticos y riesgos asociados al intrusismo profesional". Documento de consenso de la SEME. https://www.seme.org/revista/articulos/complicaciones-de-las-inyecciones-de-silicona-liquida-en-los-tratamientos-esteticos-y-riesgos-asociados-al-intrusismo

(6). Universidad Internacional de Valencia. Ciencias de la salud. 01/2018. Calidad asistencial, concepto y dimensiones. https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/calidad-asistencial-concepto-y-dimensiones

(7). Servicio Nacional de Salud. Documentos 2005. Capítulo 3. Calidad asistencial en la Unión Europea. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap3CalidadAsistencialEuropa.pdf

(8). Khon LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Eds. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

(9). Leape L, Brennan T, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991; 324:377-84.

(10). Servicio Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf

(11). Servicio Nacional de Salud. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf

(12). Servicio Nacional de Salud. Modelo de notificación de efectos adversos denominado SiNASP como parte de la Estrategia en Seguridad de Pacientes para el Sistema Nacional de Salud. https://sinasp.es

(13). Generalitat de Catalunya. Incidents relacionats amb la seguretat dels pacients. TPSC Cloud. http://seguretatdelspacients.gencat.cat/es/detalls/noticia/incidents-relacionats-amb-la-seguretat-dels-pacients-notificats-a-catalunya

(14). Fortuny i Organs B. La Gestión de la Excelencia en los Centros Sanitarios. Palma de Mallorca, 2009.

(15). Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. «BOE» núm. 254, de 23 de octubre de 2003, páginas 37893 a 37902. https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-19572-consolidado.pdf

(16). Requisits i les garanties tecnicosanitàries comunes dels centres i serveis sanitaris i els procediments per a la seva autorització i registre Rang del document Decret. Organisme emisor Departament de Salut. Núm. del document 151/2017. Data del document 17/10/2017. Fecha de publicación 19/10/2017. Diari oficial DOGC Núm. 7477. https://portaljuridic.gencat.cat/ca/document-del-pjur/?documentId=799752

(17). Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios. https://www.boe.es/eli/es/rd/2009/10/16/1591

(18). Meneghini, F. Clinical Facial Photography in a Small Office: Lighting Equipment and Technique. Aesth. Plast. Surg. 2001; 25:299.

(19). Document de posició del comb en relació a la publicitat de l'activitat mèdica. https://comb.cat/Upload/