

Mesa de debate

ACREDITACION Y EVALUACION DE LOS CENTROS DEL SNS



De izqda. a dcha. Rodríguez-Hevia A, Ruíz A M, Roibás A y García S

Moderador:

D. Alfonso Rodríguez – Hevia González
Director Gerente. Hospital El Bierzo - Ponferrada

Participantes:

D^a. Ana M^a Ruíz Martínez.
Presidenta de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

D. Antonio Roibás Valdés
Director Gerente. Hospital Valle del Nalón - SESPA

D^a. Sonia García de San José.
Subdirectora General de Calidad y Cohesión. Ministerio de Sanidad

Cuestiones planteadas

1. Situación actual de la acreditación y evaluación de centros del SNS.
2. Utilización de distintos modelos como herramienta de mejora de la calidad: EFQM y Joint Comisión, ¿Qué modelos de acreditación de centros del SNS, se consideran más adecuados?
3. Papel del benchmarking
4. ¿Se considera importante disponer de sistemas de información del SNS que permitan evaluar conjuntamente los resultados clínicos y los económicos?
5. La acreditación y evaluación de los centros públicos y privados, ¿deben ser realizadas por los mismos agentes?
6. ¿Cómo y por quién se debe realizar la evaluación de los centros del SNS?

A. RODRÍGUEZ - HEVIA: Esta mesa que da comienzo se trata de la acreditación y evaluación de los centros del sistema nacional de salud y está encuadrada dentro de las distintas líneas del congreso, concretamente en la línea 4, que es la que se refiere al gobierno para el sistema nacional de salud coherente con el desarrollo de las autonomías. Creo que el tema de la acreditación y evaluación es un asunto capital ahora mismo.

Voy a contextualizar el tema para luego dar paso a los invitados a la mesa. Estando en Valladolid me fui a mirar el Manual Práctico de Acreditación de Hospitales que hizo Ángel Carrasco en 1993. Ahí define acreditación como el proceso por el cual un centro sanitario se somete con carácter voluntario a un procedimiento de verificación

externo, en orden a evaluar su grado de cumplimiento de los criterios y estándares previamente establecidos por un órgano independiente, que a la vista de los resultados emitirá el dictamen correspondiente. Es decir, hay una evaluación voluntaria, una comparación de estándares y finalmente una decisión. Creo que, en definitiva, la acreditación lo que hace es aportar un compromiso claro de la organización por lo que es la mejora de la atención al paciente, para garantizarles un entorno seguro y garantizar la reducción de los riesgos, tanto para los pacientes como para los propios trabajadores.

Hoy en día es inevitable hablar de la situación de crisis que tenemos. Cualquier decisión que se tome en el ámbito de la gestión, automáticamente se vincula con una merma en la calidad. Habría que ver quién mide eso; si verdaderamente estuviera evaluado y acreditado, sería fácil decirlo.

Voy a presentarles a los invitados a la mesa, que tienen procedencias distintas y pueden enriquecer el debate con diferentes puntos de vista. En primer lugar, tenemos a Ana María Ruíz Martínez; ella misma se acaba de definir como una funcionaria socióloga, porque es funcionaria del Cuerpo Superior de Técnicos de la Administración y en la actualidad es Presidente de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y Calidad de los Servicios, dependiente del Ministerio de Economía. Además es licenciada en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad de Madrid. En toda su amplia trayectoria profesional, se ha movido en el mundo de la evaluación de las políticas públicas básicamente, relacionado con el ámbito sanitario, a pesar de estar en un ministerio diferente.

A continuación, está Antonio Roibás, que además de cirujano es especialista en medicina de familia. Ha trabajado mucho en el ámbito de la calidad en hospitales. En la actualidad es el Gerente del Hospital Valle del Nalón en Langreo en Asturias, que ha sido el primer hospital público que se acreditó bajo las normas de la Joint Comission en España.

Finalmente, está Sonia García de San José. Es licenciada en Medicina y Cirugía en la Universidad de Valladolid, que es de donde es ella, y es médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, habiendo hecho su período MIR en el Hospital de La Paz. Ha pasado por distintos puestos, tanto de coordinación de calidad como puestos directivos en diferentes hospitales en Madrid. En la actualidad, desde febrero de este año, es Subdirectora General de Calidad y Cohesión en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Estas son las tres personas que van a compartir sus experiencias con nosotros, en base a unas cuestiones que vamos a tratar. Cada uno hará una breve exposición con su aportación personal y, si alguien quiere comentar alguna cosa sobre la marcha, vamos interactuando. La primera cuestión a tratar es la situación actual de la acreditación y la evaluación en los centros del sistema nacional de salud.

ANA M^a RUÍZ MARTÍNEZ: Muchas gracias por invitar a la Agencia de Evaluación y Calidad a esta mesa. Quiero dedicar un momento, para contextualizar mi intervención, a explicar un poco qué es la Agencia, que es una organización de tipo generalista que tiene dos grandes líneas de producción como cometido, que son evaluación de políticas y programas públicos y promoción de la calidad en las organizaciones públi-

cas. Nuestro ámbito de intervención se centra básicamente en organizaciones de la Administración General del Estado, por lo que probablemente les pueda trasladar una respuesta más genérica de lo que es la acreditación y evaluación en organizaciones públicas, que concretamente en los centros sanitarios.



Ana María Ruíz

Me voy a centrar en el tema de evaluación y creo que un elemento que ayuda a contextualizar hasta qué punto la evaluación de calidad de organizaciones está extendida en el sector sanitario, que es el hecho de que la propia Fundación Europea de Calidad en España tiene un foro específico para centros sanitarios, con el cometido básico de impulsar y certificar organizaciones sanitarias y facilitar el benchmarking entre organizaciones sanitarias.

Nosotros mismos somos entidad certificadora: certificamos el nivel de excelencia en organizaciones públicas, básicamente con el modelo EFQM, pero también con el Marco Común de Calidad para las Administraciones Públicas, que es una adaptación

del EFQM a las administraciones públicas, que luego tiene adaptaciones sectoriales. Nosotros creamos el EVAM, el modelo de evaluación, aprendizaje y mejora, que sirve para que las organizaciones que empiezan en el ámbito de la gestión de calidad puedan ir avanzando. Nosotros estamos implantando nuestra propia gestión de calidad como agencia e hicimos una auto-evaluación con el modelo EVAM hace un par de años, el año pasado una auto-evaluación CAF (*Common Assessment Framework*) y este año o al que viene pretendemos hacer una auto-evaluación EFQM e incluso que alguien que no seamos nosotros certifique nuestro nivel de excelencia.

Hasta este momento, hemos certificado a 164 organizaciones públicas, no solo dependientes de la Administración General del Estado. Nosotros convocamos todos los años unos premios a la excelencia e innovación en administración pública, que tienen distintas modalidades, pero siempre hay un premio de excelencia, cada dos años hay un premio a la ciudadanía, hay otro de buenas prácticas de gestión interna y otro de gestión del conocimiento. También convocamos cada dos años unas conferencias de calidad, en las que se hace una presentación de buenas prácticas, previamente seleccionadas por el comité técnico que organiza la conferencia.

Aunque soy socióloga, he pasado la mayor parte de mi vida laboral relacionada con la sanidad pública, por lo que ha sido una gran satisfacción de qué manera se ha ido incrementando la participación de las organizaciones sanitarias de distintos niveles en estos premios. Cada vez hay una mayor presencia, también en estos ámbitos, que son más generalistas, de organizaciones sanitarias, lo que implica que en este sec-

tor se están impulsando de una manera importante todos estos temas.

ANTONIO ROIBÁS VALDÉS: Bueno días a todos. Quiero agradecer la invitación a la organización y, especialmente, al Doctor Rodríguez-Hevia, que es mi amigo. Muchas gracias también por invitar al Servicio de Salud del Principado de Asturias. Tengo la suerte de llevar ocho años trabajando en la gestión de hospitales en este servicio de salud con diferentes gobiernos, que es un servicio de salud pequeño, por lo que tenemos la obligación de salir a ver y a compartir.

“Me niego a que los temas de calidad sean algo de moda o algo metafísico, porque la calidad tiene que ver con la probabilidad de fallos y es una de las médulas del sistema sanitario, porque si no tiene calidad, no tiene ningún sentido”.

Antonio Roibás

Voy a darles el punto de vista del hospital, porque soy un hombre de hospital. Uno de los males más grandes que hay en el sector sanitario es que nos cuesta tener visión sistémica, y tenemos que entender que todos somos importantes, somos engranajes, pero también somos complementarios con los demás. Voy a intentar dar la visión desde la gestión del hospital.

En cuanto a la primera pregunta sobre la situación actual, toca un ámbito muy macro y a lo mejor no soy el más indicado para contestar. Sobre este tema, me gustaría aportar tres cosas. Lo primero es que creo que los latinos no tenemos cultura de medir, nos cuesta medirnos, y precisamente por eso, tenemos que hacerlo. Esa es una de nuestras grandes debilidades.

Lo segundo es que me niego a que los temas de calidad sean algo de moda o algo metafísico, porque la calidad tiene que ver con la probabilidad de fallos y es una de las médulas del sistema sanitario, porque si no tiene calidad, no tiene ningún sentido. Todo lo que tiene que ver con la acreditación y evaluación tiene que estar en el corazón de la gestión sanitaria.

Lo tercero es que cualquier tipo de acreditación tiene que ir ligada a un contrato en el contrato de gestión. La herramienta que tenemos los gerentes para gestionar el hospital es el contrato que hacemos con el servicio de salud, que es donde se nos dice lo que se nos va a dar de dinero; esto no puede ser que un hospital lo haga muy bien, otro muy mal y se les trate igual. Tiene que haber una traducción de la acreditación, de las políticas de calidad y de cómo se llevan a cabo en cómo se negocia con el hospital.

SONIA GARCÍA DE SAN JOSÉ: Buenos días. Estoy en mi tierra, con lo cual estoy encantada. Quiero agradecer a Alfonso haberme invitado para estar aquí. Llego solo tres meses en el Ministerio y cuando me llamaron para hacerme cargo de la Subdirección de Calidad y Cohesión pregunté porqué, puesto que yo nunca había estado en la administración central. Me dijeron que lo que querían era precisamente eso, que querían la visión de una persona que hubiera estado en diferentes puestos directivos y puestos como la coordinación de calidad de un hospital, para conocer la visión del día a día. Eso me tranquilizó para afrontar el importante reto de trabajar en el Ministerio.

Soy Subdirectora General de Calidad y Cohesión. Voy a hablar de a qué nos dedicamos. A parte de llevar el Plan de Calidad,

con todas las estrategias de salud que se llevan desarrollando desde hace tres o cuatro años y la evaluación de los planes, también llevamos toda la parte de política de calidad y seguridad a nivel del sistema nacional de salud, el Observatorio de Salud de las mujeres y el Consejo Interterritorial de Alta Inspección, y por eso da el nombre de la cohesión.

“Hay un marco normativo para las acreditaciones, con criterios de evaluación y un procedimiento muy estandarizado de informes de auditoría, evaluaciones presenciales, documentales y elaboraciones de planes de mejora para una propuesta posterior de acreditación”.

Sonia García

En cuanto a la situación actual de la Acreditación y Evaluación de centros, lo que voy a exponer brevemente es exactamente qué competencias tenemos en el Ministerio en este asunto. Actualmente el Ministerio tiene dos competencias de evaluación, que son los centros docentes de formación sanitaria especializada y los centros de referencia. Hay un marco normativo para las acreditaciones, con criterios de evaluación y un procedimiento muy estandarizado de informes de auditoría, evaluaciones presenciales, documentales y elaboraciones de planes de mejora para una propuesta posterior de acreditación.

En cuanto a la evaluación de los centros docentes, se basan en normas específicas y lo que se ha hecho es definir una serie de criterios de evaluación, con un modelo muy completo en el que se define cada uno de los criterios. Además se ha desarrollado un modelo muy estandarizado y se proponen acciones de mejora para cada uno de los centros. El procedimiento que tienen en

el Ministerio para la Acreditación y Evaluación de centros docentes está completamente normalizado y que además tenemos nuestros propios diagramas de flujos. Directamente sale desde el Comité de Acreditación si hay necesidad de reevaluación de un centro docente, se pone en marcha una maquinaria que ya lleva cinco años de trabajo de estandarización, normalización y mejora continua. Se hace una valoración de cada uno de los criterios. Tenemos criterios clave y para cada uno se va elaborando una serie de puntuaciones; al centro docente se le manda un plan de mejora que tiene que remitirnos en un plazo de tiempo determinado, e incluso se evalúa la satisfacción de los residentes.

En cuanto a los centros de referencia, también tenemos un sistema de evaluación totalmente normalizado, con procedimientos aprobados por las comisiones de designación de los propios centros, con documentos de evaluación e informes de acreditación.

“El problema es que no tenemos el sistema lo suficientemente bien estructurado para luego generar las evidencias para tomar decisiones; el mayor problema es el acceso a las fuentes de información”.

Alfonso Rodríguez – Hevia

A. RODRÍGUEZ - HEVIA: Las evaluaciones se sufren. Permítame que hable de mi hospital. Nosotros estamos certificados por la EFQM con el sello en el nivel 400, y te puedo garantizar que las evaluaciones se sufren. El problema es que no tenemos el sistema lo suficientemente bien estructurado para luego generar las evidencias para tomar decisiones; el mayor problema es el acceso a las fuentes de información. No sé si alguno de los presentes ha sufrido una

evaluación del modelo que sea, porque es un trabajo arduo y pesado. Eso sucede la primera vez, porque las reevaluaciones son mucho más fáciles.

SONIA GARCÍA DE SAN JOSÉ: Cuando los técnicos de la Subdirección me hablan de las evaluaciones de los centros docentes, donde hay más dificultad es a la hora de tener un documento que certifique que tienes una política y una estrategia dedicada a la docencia. Incluso hemos hecho un manual de fuentes donde buscar evidencias de cada uno de los criterios que nos planteamos, porque cuesta mucho tener un soporte documental para acreditaciones. En el propio equipo directivo a veces cuesta entender que sea necesaria tanta documentación, pero si no documentas, es imposible luego demostrar.

A. RODRÍGUEZ - HEVIA: Nosotros tenemos la certificación ISO 14001 en Gestión Medioambiental y en la última evaluación había dos no conformidades, una subsanable con bastante facilidad, pero la otra era reparar todo el sistema de baja tensión del hospital por una OCA y eso nos cuesta unos setenta u ochenta mil euros. Esto no lo podemos hacer y menos en este momento en el que el presupuesto ha menguado. Todo este tema es voluntario hasta ahora, porque nadie nos obliga, pero se intentan hacer las cosas bien.

Pasamos a la segunda pregunta. El primer modelo de acreditación fue de la Joint Commission en el 1917 aproximadamente. El modelo fue evolucionando: al principio era solo para hospitales, luego cambió el modelo para hacerlo un poco más amplio a todos los servicios de salud. El modelo Joint Commission es más anglosajón y aquí estamos introduciendo más el modelo EFQM.

Vamos a hablar de qué modelos considera cada uno más adecuados.

ANA M^a RUÍZ MARTÍNEZ: Creo que no son excluyentes. De la misma manera que uno puede tener certificados determinados procesos en un hospital con normas ISO y al mismo tiempo estar trabajando en la implantación de un modelo de excelencia, uno puede estar acreditado con los estándares que define la Joint Commission o con otro modelo y además puede estar pidiendo que le certifiquen algo con otro modelo. Lo que sí veo es que hay diferencias en lo que son modelos de acreditación y de calidad total, pero que se pueden complementar.

“Creo que los modelos de acreditación son modelos en los que hay un peso muy importante de la calidad científico-técnica y que además son modelos muy prescriptivos, de manera que uno cumple los estándares o no y se acredita o no se acredita; no puede estar uno medio acreditado”.

Ana M^a Ruíz

Creo que los modelos de acreditación son modelos en los que hay un peso muy importante de la calidad científico-técnica y que además son modelos muy prescriptivos, de manera que uno cumple los estándares o no y se acredita o no se acredita; no puede estar uno medio acreditado. Mientras, los modelos de calidad total son modelos no prescriptivos y tienen una visión mucho más global de la organización, tocan todos los aspectos de la organización; al no ser prescriptivos, de alguna manera dan autonomía a las organizaciones y van viendo de qué manera van avanzando en la calidad total.

A cada uno le puede parecer mejor trabajar primero más en la acreditación EFQM y menos en alianzas y estrategias, por ejemplo, y no pasa nada. Tienes distintos tramos para ir avanzando en la mejora. Por tanto, creo que son modelos complementarios.

ANTONIO ROIBÁS VALDÉS: De entrada estoy de acuerdo con Ana. Lo importante es tener un modelo de gestión de la calidad, no elegir en sí. Voy a dar unas pinceladas sobre mi hospital, para que entiendan lo que fue y lo que es la Joint Commission allí.



Antonio Roibás

El Valle del Nalón es un hospital de una de las dos comarcas mineras de Asturias, con 260 camas, 60 millones de euros de presupuesto y unos noventa mil pacientes. Siempre ha sido uno de los hospitales mimados de la red sanitaria asturiana y es un hospital privilegiado y de vanguardia. Entonces se acreditó allí el programa de acreditación con la Joint Commission. Yo no acredité el hospital, sino el Doctor Fernán-

dez León, que fue mi predecesor. Lo que hice fue reacreditarlo en formato digital.

La primera acreditación del Valle del Nalón en el año 2006 fracasó porque el hospital no estaba madurado. En el año 2008 se hizo una segunda acreditación y se pasó. Lo que les puedo decir es que la Joint Comission cambió el hospital y para bien, lo que no quiere decir que todos los hospitales del sistema se tengan que acreditar por este sistema. Esto requiere un nivel de madurez de los trabajadores muy importante. Cuando yo llegué al hospital, solo tuve que arreglar las no conformidades que había. Rápidamente nos metimos en el proyecto más grande que tiene ahora mismo para mí el sistema nacional de salud, que es la digitalización. Nos planteamos presentarnos a la re-acreditación, que era a los tres años, con formato electrónico digital. Hasta donde yo sé somos el único hospital del sur de Europa re-acreditado con toda la historia clínica, incluida prescripción, en formato digital.

La Joint Comission nos ha aportado otra visión, porque ellos tienen unas obsesiones que nos han calado. En primer lugar, están obsesionados por la seguridad, lo que es muy importante; me refiero a seguridad en macro, seguridad de las instalaciones, de los mantenimientos y de los pacientes: esto me parece lo más enriquecedor de la Joint Comission, porque es una verdadera obsesión. Si tienes un procedimiento y realmente lo testas, la posibilidad de error es mucho menor.

En segundo lugar, tienen obsesión por los pacientes vulnerables. Ellos piensan que si al paciente muy vulnerable lo cuidas bien, por defecto al otro lo cuidas de maravilla. El paciente muy vulnerable es el anciano que está solo, el enfermo mental sin apo-

yo, el anónimo... Esta obsesión por lo vulnerables nos aportó mucho.

También tienen una obsesión por la estandarización y los procedimientos. Esto nos ha aportado mucho, porque sobre todo nos ha estandarizado a los quirúrgicos. Además nos ha aportado mucho en una cosa que es fundamental, que es en el orgullo de pertenencia de la gente del hospital, porque nuestro trabajo es muy difícil, sacrificado y está mal pagado. Al final, la gente unió el hospital y subió la autoestima del trabajador y la identificación con la empresa; solo por esto creo que merecía la pena.

“Veo dos problemas fundamentales en las acreditaciones: uno, que la Joint Comission no entiende nuestra historia clínica electrónica, porque vienen del sistema norteamericano, con hospitales pequeños, privados y no agregados, y dos, que varios sistemas de gestión de la calidad en un hospital a la vez generan mucha distorsión, sobre todo para el trabajador que no entiende la ISO o la Joint Comission”.

Antonio Roibás

Otra cosa que me parece fundamental es que en lo que antes se llamaban categorías inferiores realmente se volcaron, que fue lo que más me sorprendió. El colectivo que más me sorprendió por su dedicación y por su entrega fue el de celadores del hospital, porque se vieron reconocidos y vieron que tenían un campo de trabajo muy importante.

En las acreditaciones no es todo bonito, se sufre. Veo dos problemas fundamentales en las acreditaciones: uno, que la Joint Comission no entiende nuestra historia clínica electrónica, porque vienen del sis-

tema norteamericano, con hospitales pequeños, privados y no agregados, y dos, que varios sistemas de gestión de la calidad en un hospital a la vez generan mucha distorsión, sobre todo para el trabajador que no entiende la ISO o la Joint Comission.

En Asturias también hay más programas, como los PECAIS, Programas Clave de Atención Interdisciplinar, que es una especie de protocolos que atraviesan la primaria y la especializada. Además está el modelo en el que nos hemos embarcado en Asturias, que es el modelo de la gestión clínica, que en realidad es externalización del riesgo hacia el profesional. El trabajador percibía que esto eran cosas de la dirección y que estaban desalineadas, y eso no puede ser, tienes que tener una estrategia que lo vertebre. Nosotros empezamos a ver la salida planteándonos que la Joint Comission está por encima y lo coge todo; luego hay una zona troncal con la que tocas al paciente, que es la clínica, que debe de ir bajo un parámetro de gestión clínica con parámetros y acreditación, que en realidad es Joint Comission adaptada a nuestra realidad y a nuestro entorno europeo, y por último, hay una base de ISO, fundamentalmente para los servicios de soporte. Desde el principio todo tiene que ir integrado, porque si no, generamos mayor distorsión.

SONIA GARCÍA DE SAN JOSÉ: He sufrido tres evaluaciones EFQM y creo un poco como los compañeros de la mesa que son necesarios los dos modelos. En primer lugar, el modelo EFQM no es un modelo de acreditación, sino un modelo que lleva a la calidad total y a la excelencia en tu organización, y por otro lado, la Joint Comission te da unos criterios claros en procesos clínicos claves que están muy definidos, mientras que el modelo EFQM no te los

define, por lo que creo que es necesario combinar ambos procesos. Es verdad que la certificación ISO es imprescindible para los servicios centrales.



Sonia García

“En primer lugar, el modelo EFQM no es un modelo de acreditación, sino un modelo que lleva a la calidad total y a la excelencia en tu organización, y por otro lado, la Joint Comission te da unos criterios claros en procesos clínicos claves que están muy definidos, mientras que el modelo EFQM no te los define, por lo que creo que es necesario combinar ambos procesos”.

Sonia García

A nivel de la Unión Europea, se está trabajando en normalizar un modelo de acreditación de centros sanitarios, pero solo en la parte de centros de referencia. No se está trabajando a nivel de un centro hospitalario en general, sino que hay reuniones de trabajo y acciones conjuntas, para ponernos de acuerdo a nivel europeo en cómo acreditar centros de referencia. En este sentido, el Ministerio está aportando la

experiencia de nuestro sistema nacional de salud.

Por otro lado, hay una directiva que tenemos que trasponer ahora todos los estados miembros de la Unión Europea, que es relativa a la asistencia sanitaria transfronteriza y que tiene que entrar en vigor el año que viene, en la que se regula la movilidad de los ciudadanos europeos a la hora de ser atendidos en toda la Unión Europea. La directiva nos marca una serie de responsabilidades a los estados miembros y te obliga a que tengas bien establecido en cada uno de los países los criterios y las normas de calidad y de seguridad. Por tanto, el Ministerio está trabajando ahora en esta transposición e, hilado con esto, lanzo a la mesa la pregunta de si creen que es necesario que el sistema nacional de salud tenga un sistema de acreditación de centros sanitarios global o no es necesario un modelo común, entendiéndolo como hemos dicho antes como algo voluntario que hacen los centros.

ANA M^a RUÍZ MARTÍNEZ: Yo puedo hablar de nuestra experiencia en temas de este tipo aplicados al ámbito de la calidad. Nosotros tenemos una herramienta de coordinación y de colaboración entre la administración general del estado, administraciones autonómicas y las administraciones locales representadas a través de la FEMP incluso la ENQA la Agencia de Evaluación de la Calidad del Sistema Educativo Superior.

Por cierto, la evaluación que os hemos hecho de la estrategia de cuidados paliativos es una evaluación de política pública y en esa no se sufre, sino los que sufrimos somos los evaluadores, porque nos cuesta mucho trabajo conseguir los datos.

Nosotros tenemos metodologías comunes y os voy a poner dos ejemplos. En uno nos reunimos semestralmente, trabajamos en plenario y trabajamos a través de grupos de trabajo *ad hoc* permanentes; por ejemplo, un grupo de trabajo permanente es el de evaluación de políticas públicas. Normalmente lo que hacemos es el macro-foro de intercambio de buenas prácticas y casi de aprovechamiento de recursos, porque no solo se intercambian relaciones entre las distintas unidades bilaterales, multilaterales, etc., aprovechando más los recursos, sino que también se trabajan los problemas, constituyendo un grupo en el que voluntariamente las organizaciones se apuntan y tienen un producto que se asume.

“Estamos trabajando no solo en la parte de evaluación de calidad subjetiva, sino que estamos intentando empezar a hablar de baterías de indicadores para medir calidad objetiva”.

Ana M^a Ruíz

Para mí la barrera es la voluntad entre las partes: si la gente se quiere coordinar y quiere colaborar, se puede llegar a acuerdos. Nosotros tenemos una metodología común de evaluación externa de calidad del servicio compartida desde 2007, cuando hicimos una evaluación y a partir de ahí un diseño metodológico común, que puede utilizar el que quiera. Tenemos una carta de compromiso de calidad de las organizaciones públicas, que se aprobó en una conferencia sectorial; hemos pactado y tenemos un modelo común de evaluación de la carta, también aprobado por el plenario de la red. Quien quiera, aplica estos criterios para ver hasta qué punto está cumpliendo los compromisos recogidos en la carta.

También tenemos un modelo común de encuesta para evaluar la satisfacción de los usuarios con los servicios y un modelo común de indicadores. Estamos trabajando no solo en la parte de evaluación de calidad subjetiva, sino que estamos intentando empezar a hablar de baterías de indicadores para medir calidad objetiva. Esto se consigue con voluntad entre las partes.

Ahora tenemos un proyecto que es crear un sistema de evaluación de políticas y programas públicos en España y uno de los objetivos de ese sistema tiene que ser tener metodologías comunes. Aquí entramos en el benchmarking, porque no nos podemos comparar si cada uno aplica una metodología diferente. No solamente te tienes que medir, sino que te tienes que comparar para poder mejorar.

ANTONIO ROIBÁS VALDÉS: Hay una pregunta de otra mesa que me parece extraordinariamente pertinente y es si tenemos diecisiete sistemas sanitarios diferentes. Lo primero que hay que plantearse es qué es una empresa sanitaria, un servicio de salud. Para mí un servicio de salud son tres cosas. Lo primero son unos objetivos, una misión y unos valores. Aquí no habría discusión, porque creo que todos los servicios de salud tenemos los mismos objetivos, misión y valores, porque todos queremos lo mismo. Lo segundo sería una política de recursos humanos y aquí hay un problema, porque los diecisiete servicios no tenemos la misma. Lo tercero es que tenemos que tener un modelo de negocio que diga cómo hacemos las cosas y cada vez hacemos las cosas más desiguales, porque hay una serie de comunidades que están optando por un modelo de colaboración público-privada más abiertamente y otras que no. Por tanto, el modelo de negocios y la dirección de operaciones son distintos.

En definitiva, mi respuesta personal es que sí hay diecisiete modelos sanitarios diferentes basándome en estos tres criterios y la tendencia en el futuro es que vayamos a mayor divergencia, por lo que necesitamos imperiosamente una evaluación común. A mí como gestor, no me da miedo la colaboración público-privada: mientras la función sea pública, no me da miedo externalizar algo, pero lo que no puedo hacer es medir por un rasero a unos y por otro rasero a otros. Por tanto, midiendo a todos por el mismo rasero, se acabarían los problemas. Europa no nos cuestiona el modelo autonómico, sino que nos cuestiona que nuestra descentralización está poco vertebrada.



Alfonso Rodríguez-Hevia

A. RODRÍGUEZ - HEVIA: De todas maneras, en la encuesta que realiza la Fundación Signo, en el apartado sobre cómo tiene que ser el gobierno del sistema nacional de salud y cuál debe ser su compromiso con la eficiencia y la calidad, preguntaban qué entendía la gente sobre aumentar la eficiencia a través de la definición de competencia, formación y evaluación continuada. El 59% de los encuestados decía que era

muy necesario, el 38% que era necesario y solamente un 3% decía que no quería el pacto.

Efectivamente hay diecisiete modelos de salud distintos y también diecisiete modelos de acreditación distintos, porque cada comunidad quiere hacer su propio modelo de acreditación. Aquí en Castilla y León se inició uno, que se llamaba Acreval y se realizó a través de la Fundación para la Calidad de la Asistencia Sanitaria; de momento está en el aire. La pregunta es si es necesario que en cada comunidad haya un modelo de acreditación diferente. Entiendo que para que esto sirva tiene que haber una homogeneidad, porque si no, la variabilidad iba a ser cada vez mayor.

En Estados Unidos, el que está acreditado por la Joint Commission aumenta el prestigio y, por tanto, aumenta la captación de clientes y de profesionales, por lo que aumenta la cantidad de ingresos, con lo cual invierte y tiene mejor tecnología; es un círculo positivo. Aquí esto nos cuesta; muchas veces incluso el tema de los rankings está mal visto. Sin embargo, si tenemos que incorporar la directiva europea, no nos va a quedar otro remedio que enseñar nuestras vergüenzas. A nadie nos gusta que nos digan lo que hacemos mal, pero es la única manera de definir las áreas de mejora.

SONIA GARCÍA DE SAN JOSÉ: En el Ministerio, en este momento, hacer la reflexión para esta transposición nos ha llevado a pensar que una vez que tengamos los criterios establecidos no nos va a quedar más remedio que hacer un modelo de acreditación que sea común, aunque en cada comunidad pueda haber alguna variabilidad determinada. En el futuro tendremos que comparar y creo que va a ser un ejercicio interesante. En el Ministerio tenemos la

labor de intentar compilar todo lo que ya se está trabajando a nivel de las comunidades para coger lo bueno y lo común y desarrollarlo.

“Efectivamente hay diecisiete modelos de salud distintos y también diecisiete modelos de acreditación distintos, porque cada comunidad quiere hacer su propio modelo de acreditación”.

Alfonso Rodríguez – Hevia

PARTICIPANTE 1: Buenos días. Soy José Antonio Herranz y soy Subdirector Médico del Hospital Clínico de Valladolid y miembro de la organización del congreso. Quiero felicitar a Alfonso por esta mesa. Quiero responder a Sonia desde la perspectiva de una pequeña experiencia años en temas de calidad. Me acuerdo que hace veinte años la Asociación Española de Calidad, que era un foro de empresas sin nadie de la administración, se planteó la manera de acercarse a la administración. La manera de hacerlo fue a través de unos premios que tocaron al hospital que yo dirigía y al Ministerio de Defensa. También he sido miembro de cuatro comisiones del sistema interterritorial.

Con toda esta experiencia, tengo que decir que sí hay que hacerlo y tenéis que aprovechar el impulso de la Unión Europea al pedirnos una serie de cosas, pero tengo muchas dudas de que lo logremos. Ahora mismo estoy sufriendo una re-acreditación docente vuestra, del Ministerio. En todo este tiempo, los objetivos y los criterios han ido variando permanentemente, incluso dentro de las mismas comunidades, cada hospital o cada institución lo hacemos de manera distinta.

Hace muchos años empecé con los criterios de la Joint Comisión, que son públicos y todo el mundo los conoce, por lo que era un terreno estable. Ahora tenemos que definir ese terreno estable, porque no puede ser que cada vez que cambien los miembros de un gobierno o una administración, cambie todo lo demás.

PARTICIPANTE 2: Estoy totalmente de acuerdo con la posibilidad de desarrollar un modelo de acreditación y me ha gustado mucho el enfoque que le habéis dado sobre qué puede aportar el EFQM, la gestión de procesos y la Joint Comisión. Diría que en ese modelo de acreditación probablemente no se puedan incluir temas de EFQM, habría que valorarlo. Sobre todo, yo lo centraría en el tema de la calidad científico-técnica dentro de la gestión de procesos y aprovecharía todo el trabajo que habéis hecho en el Ministerio con los manuales de estándares para introducirlos. Nosotros trabajamos en el servicio de calidad aquí en Castilla y León y vamos a iniciar un proyecto precisamente de desarrollar la gestión de procesos introduciendo esos estándares que ya están definidos.

PARTICIPANTE 3: Buenos días. Me llamo Ana María Prieto y soy Directora de Enfermería del Hospital del Bierzo. Quiero felicitarles por como están haciendo esta mesa. Mi pregunta es para el gerente del Hospital Valle del Nalón, que hablaba antes de hacer llegar esa cultura de calidad a todos los estamentos y a todas las categorías de la organización. Personalmente nosotros trabajamos con EFQM y a mí me parece una de las cosas más difíciles hacer que todo el personal tenga ese sentido de pertenencia. Me gustaría que comentase qué tipo de estrategias utilizaron para llegar a todos los miembros de la organización.

ANTONIO ROIBÁS VALDÉS: Cualquier tipo de gestión de la calidad que no llegue a la base, no vale para nada, porque ha habido muchos intentos que se quedaban dentro de despacho de calidad. Para que la calidad llegue a todos, hay que escucharlos y ser muy flexible, porque el mayor riesgo aquí es que lo tengas muy claro y les impongas la ruta. Ellos se tienen que reunir en grupos de trabajo y plantear sus problemas y ahí te la juegas, porque tienes que dar respuesta. Hay que tener cuidado y discriminar, porque muchos lo usan como reivindicación laboral.



Rodríguez-Hevia A, Ruíz A M, Roibás A, García S.

Cuando ellos te plantean sus problemas, tienes que abordar algunos que son ciertos y cambiar cosas y decirles que otros no se pueden solucionar. Esto se hace dejándoles participar, porque aquí no se acredita al equipo directivo, sino a los trabajadores y al hospital. Por eso, hay que darles mucha participación, dejarles cambiar cosas y darte cuenta de las cosas en las que estabas equivocado. Los directivos tenemos una visión más macro, pero hay que entender que el trabajador de a pie tiene todas las respuestas.

SONIA GARCÍA DE SAN JOSÉ: Creo que para conseguir esa implicación de todos los

profesionales, hay que hacerles dueños de procesos y de procedimientos, pero no a nivel de jefes, sino diversificando. Así, al final, mucha organización estará implicada en la mejora.

ANTONIO ROIBÁS VALDÉS: Nosotros digitalizamos todo el hospital y arrancamos con todo a la vez y creo que el arranque digital fue bueno, con todas sus dificultades, y eso fue porque le dimos la responsabilidad a la gente y sacamos la responsabilidad de los jefes de servicio y de las supervisoras. Por tanto, la gente tuvo que darse cuenta de que era su hospital y su herramienta. El paso de analógico a digital solo se hace una vez y ahí es donde puedes opinar sobre cómo debe ser. La manera de darles protagonismo es dándoles participación, alejándoles de los mandos estructurales e incorporando el mayor número de disidentes a la dirección en los grupos de trabajo.

PARTICIPANTE 3: Buenos días. Soy Rosario González, Directora Médico del Hospital del Bierzo. Quería hacer un comentario en base a la pregunta de Sonia de si se consideraba necesario el tener un sistema común y nacional, en un enfoque distinto. Se enfocó desde la mesa la necesidad de tener unos estándares de calidad que desde otros países alguien pueda solicitar y nosotros podamos demostrar, pero yo lo quiero plantear como la necesidad desde dentro.

Cuando empezamos a trabajar en calidad y empezas a examinarte y medirte, luego viene la segunda parte. Una vez que tienes tu nivel y sabes cómo lo haces, necesitas saber cómo lo hacen los otros y compararte. Creo que ahí es donde tenemos dificultades. En primer lugar, es difícil ver qué partes negativas tenemos, pero además no

sabemos ver cómo lo hacen los demás, porque no tenemos forma de compararnos y nos falta la posibilidad de aprender cómo lo hacen otros que lo hacen mejor. Esto lo vamos resolviendo como vamos pudiendo.

Vendría bien que existieran unos estándares comunes, para también nosotros saber con quién nos podemos comparar y de quién podemos aprender. No creo que tenga que ser todo igual, a mí la diversidad me parece muy positiva, aunque no la divergencia. Se necesitan unas directrices comunes para que te puedas comparar a igualdad o, por lo menos, a equivalencia. Por tanto, el requerimiento no es sólo de cara al exterior, sino que es muy importante de cara al interior.

A. RODRÍGUEZ - HEVIA: Ahora vamos a hablar del benchmarking, con esta introducción que ha hecho Rosario. La encuesta de la Fundación a la que hacía referencia antes, tenía otra pregunta expresamente vinculada a este tema, que era sobre si exigieras la comparación en la exigencia de resultados y rendimientos. Concretamente, al 54% de los encuestados sí les parecía muy interesante, el 39% lo consideraba necesario, un 5% decía que no tenía apenas impacto y un 1% decía que la comparación era muy negativa.

SONIA GARCÍA DE SAN JOSÉ: Está claro que en la diversidad se gana también, por eso hay que hacer un tronco común y que luego cada comunidad autónoma diversifique y desarrolle su parte más específica. Enlazando con lo que comentabas de indicadores comunes, es algo de lo que adolecemos y de hecho a nivel de la Unión Europea también se está trabajando en este sentido. Hay una acción conjunta en la que se intenta definir si todos los países entendemos lo mismo en las dimensiones de la calidad y la seguridad y se está trabajando

en que haya unos indicadores comunes para que sirvan de comparación.

A nivel del sistema nacional de salud, en cuanto a políticas y benchmarking, lo que queremos hacer ahora es identificar buenas prácticas. Se han desarrollado estrategias concretas, pero cada comunidad autónoma las desarrolla en planes específicos y naciones muy concretas. Por eso se quiere identificar buenas prácticas para presentarlas a los consejeros en el Consejo Interterritorial y eso puede servir de foro como acciones de mejora. Los que tienen que mandar, tienen que realizar sus acciones de trabajo identificando buenas prácticas. Esperamos que se puedan hacer reuniones donde se puedan presentar buenas prácticas comunes y aprovechables para todas las comunidades.

ANTONIO ROIBÁS VALDÉS: Nosotros formamos parte de una red de benchmarking que se llama Red 7, en la que participan siete hospitales, y es una experiencia muy gratificante y positiva. El benchmarking no es comparar, sino que es aprender de la mejor práctica, ver porqué lo hacen mejor y traspasarlo. Los objetivos estratégicos son muy fáciles, pero el problema son los objetivos operativos. El Consejero te puede decir lo que tienes que hacer mejor, pero hay que ver cómo eres capaz de hacer eso. Creo que tenemos una cultura y una forma de trabajar en exceso administrativa y que los gerentes tenemos muy pocas herramientas reales de gestión.

En nuestro caso, los resultados en cada una eran los peores y mejoró, porque a los traumatólogos les dio vergüenza, pero eso es poco. Necesitamos más herramientas. Tengo que tener herramientas para no solo alinear al trabajador con los objetivos de

mi empresa, sino para beneficiar al que lo hace bien.

ANA M^ª RUÍZ MARTÍNEZ: Las agencias estatales estamos en las mismas. En teoría somos organismos que trabajamos por resultados y se nos evalúa en función de contrato de gestión. Nosotros, como agencia de evaluación y calidad somos los responsables de hacer un informe del grado de implementación de los planes de calidad de las otras agencias estatales, incluyéndonos a nosotros mismos. Nosotros, aunque somos un órgano especial en ese sentido, seguimos teniendo muchos problemas porque vivimos en una cultura administrativa todavía muy impregnada de la cultura burocrática.



Ana María Ruíz Y Antonio Ruibás

En cuanto al benchmarking, creo que tiene dos elementos. Por un lado, la parte de gestión del conocimiento y de conseguir mayores niveles de eficiencia en los recursos que manejamos. Es absurdo que haya diecisiete administraciones contratando la misma aplicación para la misma cosa, desfilfarrando recursos. Creo que hay una

perspectiva del benchmarking que hay que asociar a cómo podemos compartir y optimizar los recursos que tenemos a través del intercambio. Por otro lado, la comparación con el mejor. En teoría, en el EFQM siempre hay que elegir una organización que es la que se considera como referente, pero no siempre se hace. Uno de los problemas que detectamos cuando hacemos evaluaciones externas o certificaciones, es que siempre pinchamos en los criterios-resultados, muchas veces porque no tenemos suficientes datos. No sé si esto sucede porque hay poca práctica del benchmarking, lo que es triste porque tiene muchas ventajas, o porque hay organizaciones que son tan peculiares que es complicado, como por ejemplo la Organización Nacional de Transplantes.

Hay otra parte del benchmarking o la evaluación comparativa que es muy importante. Voy a pasar de calidad a política, que no deja de ser lo mismo, porque partimos de la base de que la acción pública es un continuo. Nosotros llevamos tres años planteándonos cómo podemos ir integrando los modelos de evaluación. Para nosotros, cuando evaluamos simplemente acción de un programa o de una política es fundamental evaluar si las organizaciones, que son instrumentos de esa política, están alineadas con sus objetivos, y los modelos de excelencia no te permiten eso. Por tanto, en cuanto a las políticas públicas también es muy importante la evaluación comparativa, porque en nuestro modelo, en el que hay poquísimas competencias exclusivas, si alguien quiere evaluar los resultados en una política tendrá que usar los modelos de evaluación comparativa. Tenemos que tener métodos con núcleos comunes y luego que cada uno decida lo que quiere evaluar. No podremos hacer una evaluación de políticas públicas en

condiciones en este país mientras no tengamos metodologías que nos permitan hacer evaluaciones comparativas con indicadores consensuados. Creo que las situaciones peores hay que aprovecharlas, por lo que a ver si ahora empezamos todos a remar en ese sentido.

A. RODRÍGUEZ - HEVIA: Quiero matizar que a la hora de establecer los resultados donde el tema está más flojo es en la comparaciones. En cuanto al benchmarking, el poquito que hay es básicamente cuantitativo, pero en el ámbito cualitativo, salvo experiencias como las de la Red 7, no hay nada.

Nos quedaban varios temas por tocar. Si queréis comentar algo rápido de alguno, adelante.

ANA M^a RUÍZ MARTÍNEZ: Quiero mencionar el déficit de los sistemas de información, porque es nuestro drama cada vez que nos acercamos a evaluar una política pública. Tengo que decir que el ámbito del sistema nacional de salud es una excepción, con sus déficit y problemas, porque no tiene nada que ver con lo que nos encontramos en otros ámbitos de actuación pública.

Nosotros tenemos un enfoque de evaluación que va desde lo estratégico hasta lo operativo, porque pensamos que la toma de decisiones tiene que dar respuesta a ambos niveles, tiene que ser útil para la gestión.

Me llama la atención que se planteen resultados de evaluación para la clínica y para lo económico, cuando hablamos estrictamente de calidad y de satisfacción de los ciudadanos usuarios. El tema de la sostenibilidad de las organizaciones y de las

políticas públicas tiene que estar incluido. Se supone que los indicadores de sostenibilidad se van a incorporar a estas evaluaciones, porque podemos tener organizaciones excelentes e insostenibles y en la forma de valoración que tenemos esos temas se diluyen.

SONIA GARCÍA DE SAN JOSÉ: Hay que normalizar los indicadores. Es verdad que a nivel de asistencia sanitaria tenemos una red de información buena, pero hay que ir mejorando. Estos indicadores hay que compartirlos.

Necesitamos indicadores comunes y compararnos entre nosotros, porque eso va a dar lugar a la colaboración, a la potenciación y a la creación de redes, lo que nos lleva a mejorar la eficiencia y la sostenibilidad.

ANTONIO ROIBÁS VALDÉS: En cuanto a los sistemas de información, todos estamos de acuerdo en que son fundamentales y no puede haber diecisiete diferentes. Pienso que hay que hacer una inversión en sistemas de información, porque necesito otro tipo de trabajadores para que la información sea fiable. Por otro lado, la digitalización no se puede desvincular de la información. Mi opinión personal es que el sis-

tema de salud se lo juega todo desde el punto de vista de la sostenibilidad en cómo define una estrategia común de digitalización y cómo la operabiliza. El tema de la digitalización es clave, porque nos jugamos el modelo de negocio para los próximos veinte años. En cuanto a la colaboración público-privada que se comentaba antes, ahí todavía es más necesario que la evaluación sea común.

Por último, creo que hay un clamor unánime de todos pidiéndole liderazgo al Ministerio. El Ministerio no tiene que tener miedo porque todos queremos ayudar.

A. RODRÍGUEZ - HEVIA: Hemos llegado ya al final de esta mesa. Quiero agradecer la participación de todos ustedes. Está claro que lo importante es la cultura de medir. También hay un consenso sobre que las evaluaciones se sufren. Los modelos no son excluyentes en absoluto. Además hay consenso en que es necesario tener un modelo único de acreditación y en la importancia del liderazgo en todas las implantaciones de estos modelos. También es muy importante comparar buenas prácticas a través del benchmarking, lo que tiene que ir unido a una serie de herramientas de incentivos. Muchas gracias.