

Autoevaluación EFQM y mejora continua.

La experiencia del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Simarro Mir F, Blasco Pereperez S, Torregrosa Sánchez R, Deusa Ibanco S, Ruiz Navarro MG, Gil Santiago C, Gironés Penadés F, Roche Laguna C
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Introducción

El concepto de la gestión de la calidad en las organizaciones ha sufrido una evolución a lo largo del tiempo. Desde el "control de calidad", en el cual los esfuerzos se dirigían a la verificación de la calidad del producto o servicio final. A la "garantía de calidad" en la que se pretendía asegurar que los productos o servicios tenían unas determinadas especificaciones o calidad. Hasta alcanzar el concepto de "calidad total", en el que la gestión de la calidad abarca a todos los aspectos y procesos de la empresa. En esta evolución, el concepto posterior incluye siempre al anterior.

La calidad total no es otra cosa que un modelo de gestión, con el que se puede elaborar un programa de puesta en práctica de la gestión de calidad en la empresa, y es también un modelo de autoevaluación que permitirá a quien lo implante conocer cuál es su situación, determinar los puntos débiles, y aprender de los puntos fuertes y áreas de mejora existentes, lo que al actuar sobre ellos originarán una mejora, y que tras una nueva autoevaluación nos permitirá ir progresando en la mejora de la calidad.

El modelo europeo tiene un carácter global que cubre todos los aspectos del funcionamiento de una organización, tanto de agentes utilizados como

de resultados obtenidos. Al usarlo para realizar la autoevaluación de una organización se convierte así en el elemento esencial de la mejora.

Tras seis años de evolución del proceso en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, ya es posible sacar conclusiones sobre la validez del modelo.

Material y métodos

Análisis retrospectivo de las dos autoevaluaciones realizadas en la organización basada en el modelo de calidad europeo (EFQM) entre 2000 y 2007.

Se analiza el enfoque utilizado en cada una de ellas, los resultados obtenidos, en el conjunto de criterios del modelo (liderazgo, política y estrategia, personas, alianzas y recursos, procesos, resultados en clientes, resultados en personas, resultados en la sociedad y resultados clave) y la priorización de áreas de mejora.

Posteriormente se realizan los resultados obtenidos en cada una de las dos autoevaluaciones y con otras organizaciones similares.

En la primera autoevaluación (año 2000) se comenzó por un proceso de formación en el modelo para los participantes

en el proyecto, y un enfoque específico para nuestro hospital, por lo que se realizó proceso de autoevaluación organizado en 3 áreas temáticas:

Área 1: Procesos logísticos: procesos de gestión de materiales, edificios, suministros, hostelería, seguridad, administración...

Área 2: Procesos de gestión de pacientes: procesos de admisión, alta, citaciones, documentación clínica, relaciones con otros niveles asistenciales (atención primaria, especializada, etc.), ética asistencial (consentimiento informado), trabajo social...

Área 3: Procesos clínicos: procesos asistenciales bajo la mirada integradora de los aspectos diagnósticos, tratamiento y de cuidados que se producen con participación interdisciplinaria.

Para cada una de estas áreas se evaluaron los nueve criterios con todos los subcriterios que conforman el modelo.

En la segunda autoevaluación (2006), tras el plan de formación se organizaron los grupos de trabajo organizándose en este caso en base a ejes transversales, cuya suma sería el global del modelo:

En cada uno de los mencionados ejes se analizaron los siguientes subcriterios:

1. Eje estrategia constituido por los subcriterios del modelo: 1a, 2a, 2b, 2c, 2d, 8a, 8b, 9a, 9b.
2. Eje de procesos y mejora constituido por los subcriterios del modelo: 1b, 1e, 5a, 5b, 5d, 6a, 6b.
3. Eje de orientación al cliente constituido por los subcriterios del modelo: 1c, 2a 5c, 5d, 5e, 6a, 6b.

4. Eje de gestión de personas (comunicación, implicación y reconocimiento) constituido por los subcriterios del modelo: 1d, 3c, 3d, 3e, 7a, 7b.
5. Eje de gestión de personas (selección, formación y desarrollo) constituido por los subcriterios del modelo: 1d, 3a, 3b, 3e, 7a, 7b.
6. Eje de gestión de recursos constituido por los subcriterios del modelo: 4a, 4b, 4c, 4d, 4e, 8a, 8b, 9a, 9b.

Resultados

En la primera autoevaluación, se logró una puntuación de 221 puntos para el conjunto del hospital. Similar a otros centros hospitalarios que realizaban su primera autoevaluación (alrededor de 200 puntos).

El estudio realizado permitió identificar diferentes áreas de mejora. Posteriormente se realizó una priorización, que fue llevada a cabo por los mismos grupos que habían participado en el estudio. Esto permitió la selección de 60 áreas de mejora con el fin de abordarlas en una perspectiva de corto o medio plazo. Por último el Comité de Dirección del Hospital seleccionó 23 de estas áreas para abordarlas en el transcurso de los 3 próximos años.

Las 23 áreas de mejora seleccionadas se concretaron en 33 planes de mejora, que se clasificaron en tres tipos: estratégicos (Plan Calidad Laboratorios, Plan Calidad A. Patológica, Plan funcional CCEE, Constitución Comité Ética, Plan Funcional Bloque Quirúrgico, Acreditaciones ISO, Plan Funcional Servicio de Urgencias...), clave (Plan Emergencia, Proceso Alta Hospitalaria, Plan Señalización, Proceso Mejora de Citación de Enfermos...) y de soporte (Plan Integral Comunicación

Centro, Plan de Confort, Plan de Tratamiento de Residuos, Sistemas Información Estratégica...); realizándose con posterioridad un cronograma de los mismos que abarcó el periodo 2000-2002.

Para cada uno de los mencionados planes de mejora se preparó una ficha en la que se especificaba la definición, los objetivos, el plan de acción, los responsables, los indicadores de seguimiento, etc.

En la segunda autoevaluación, tras la finalización de las reuniones de consenso, se realizó un proceso de revisión y validación de todo el proceso de autoevaluación en su conjunto e introducción de todos los datos en el programa informático "Perfil". El resultado obtenido fue de 389 puntos.

Partiendo del informe preliminar y en base a los factores críticos de éxito de la Organización (FCE) se realizó una reunión de trabajo en la que se determinó y priorizó los nuevos grandes planes de mejora que abarcaban a toda la organización.

El Plan de Mejora de la calidad seleccionado tras la priorización, se concreta en múltiples planes de actuación transversales, que incorporados a los Planes Estratégicos de la Organización serán llevados a la práctica en los próximos dos años.

Conclusiones

- El modelo europeo de excelencia, ha resultado ser una herramienta muy útil, que ha permitido avanzar en el camino de mejora continua de la calidad.
- Nos ha permitido conocer nuestros puntos fuertes y posibles áreas de mejora de la organización, lo que constituye el punto de partida de planes de mejora, que nos permite continuar avanzando en el camino de mejora continua de la calidad.
- Hemos mejorado en la puntuación de la mayoría de los criterios, lo que nos ha permitido pasar de una puntuación de 221 en la primera autoevaluación, a una puntuación de 389 en esta segunda autoevaluación.
- En las puntuaciones de los diferentes criterios, se sigue un perfil más ajustado al de las puntuaciones máximas del modelo que en el caso de la primera autoevaluación.
- La puntuación alcanzada nos permite optar al reconocimiento de Excelencia Europea +300/+400 que concede el Club Excelencia en Gestión.