



M.ª Dolores García Sánchez  
y M.ª Rosa García Sánchez.

## Adaptación del modelo EFQM para la mejora en unidades de gestión clínica

<sup>1</sup>García Sánchez MD, <sup>2</sup>García Sánchez MR  
<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.  
<sup>2</sup>Universidad de Sevilla.

### Resumen

El objetivo del trabajo es dar a conocer el proceso de desarrollo de una adaptación del modelo EFQM a la gestión clínica. Dicha adaptación, elaborada por las autoras de este trabajo, ha sido fruto de la experiencia en gestión clínica durante más de diez años en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) de Sevilla. Especialmente, ha resultado clave la colaboración de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Cirugía Plástica y Grandes Quemados.

Partiendo del modelo EFQM y tomando como referencia las acciones de mejora que la citada UGC ha emprendido, el método seguido en el desarrollo del modelo propuesto ha consistido en respetar los criterios del modelo EFQM adaptándolo al lenguaje del entorno sanitario, con el fin de facilitar su interpretación por los profesionales de la sanidad. Para cada criterio y subcriterio del modelo propuesto, describimos lo que la UGC debe hacer para lograr la excelencia.

Creemos que el modelo propuesto, además de estar alineado con la política y estrategia del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), y con la normativa y los instrumentos que en dicho entorno han sido creados en relación con la mejora de la calidad en la gestión sanitaria, constituye una aportación para la mejora en el camino hacia la excelencia de las UGC del HUVR y como referencia para otros centros sanitarios del SSPA y del Servicio Nacional de Salud en general.

*Palabras clave:* Gestión clínica, Gestión por procesos, Modelo EFQM.

### Adaptation of the EFQM excellence model for the Clinical Management Improvement

#### Abstract

The aim of this project is to make accessible information of development process of an EFQM Excellence Model adjustment to clinical management. This adapta-

tion, which has been produced by the authoresses of this work, has been the conclusion of over ten years experience in clinical management at Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) in Seville. Hospital's Plastic Surgery and Major Burns' Unit (UGC) collaboration, has been a key asset to this project.

Based on EFQM model and with reference to improvement actions undertaken by the aforementioned UGC unit, method followed in the proposed model development has consisted of respecting the criteria set up by the EFQM model and adapting them into the language of the Health Care System thus facilitating their interpretation by the Health professionals. For every criterion and subcriterion of the proposed model, we will describe the directions that the UGC unit must do to achieve the excellence.

We believe that proposed model, as well as corresponding with policy and strategy of the Andalusian Public Health System (SSPA), and with the framework and tools that have been created in this environment in relation by quality improvement in health management; also contributes to improving the way towards excellence for the UGC in HUVR and as a reference to other health centres in both, the Andalusian and the National Public Health System.

**Keywords:** Clinical Management, Process Management, EFQM Excellence Model.

## Introducción

Tal y como define el Servicio Andaluz de Salud (SAS), la gestión clínica es un proceso de diseño organizativo que permite incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. En las Unidades de Gestión Clínica (UGC) la actividad se desarrolla de acuerdo a diferentes objetivos, entre los que destacan: fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los centros, reforzar la continuidad asistencial entre ambos niveles de atención, mejorar la organización del trabajo y elevar la satisfacción de los pacientes.

Las UGC se han convertido en el modelo organizativo adoptado por el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) para la mejora de la calidad en los centros sanitarios.

El Plan Estratégico del SAS en el año 1997 consideró que había que trasladar

responsabilidades a los profesionales sanitarios, mejores conocedores de las necesidad de salud de la población, otorgándoles mayor autonomía en la gestión. Desde esa fecha se ha ido poniendo en marcha este nuevo modelo de Calidad y de Dirección por Objetivos, con la formalización de Acuerdos anuales en las respectivas Direcciones de los centros sanitarios: Hospitales y Distritos de Atención Primaria.

En el 9.º Encuentro de Procesos Asistenciales Integrados, organizado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (celebrado en noviembre de 2009) y después de diez años de experiencia, se declara por la máxima autoridad Sanitaria (Consejera de Salud y Director Gerente del SAS) que en el año 2010 el resto de servicios clínicos se incorporarían al modelo organizativo de Unidades de Gestión Clínica, adoptándose como modelo único.

Por otra parte, en el Contrato Programa (CP) firmado entre la Consejería de

Salud y el Servicio Andaluz de Salud, que tiene como misión hacer efectivo los compromisos que, en materia de atención sanitaria, ha establecido el Gobierno de la Junta de Andalucía con la Ciudadanía, se recoge que al final del periodo 2010-2013 todos los profesionales deberán pertenecer a una UGC como modelo único organizativo y de gestión.

Concretando, el CP firmado entre el SAS y el Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) de Sevilla para el 2011 estable como objetivo que todos los profesionales adscritos a las Unidades Asistenciales del Hospital deben pertenecer a UGC y que se fomentará

la creación de unidades intercentro, interniveles y multidisciplinarias.

El primer acuerdo de creación de UGC en el HUVR data de 1998, que se firmó con la UGC de Enfermedades Infecciosas. Desde el primer momento el HUVR se comprometió de forma firme con este proyecto de cambio.

A finales del 2004, después de varios años de experiencia, se establecieron reuniones de reflexión al más alto nivel del SAS con los actores implicados, directivos de centros, directores de UGC, y técnicos asesores para valorar la experiencia y exponer las necesidades que este modelo demandaba.

**Tabla 1. Evaluación de UGC 1998-2008**

Evolución del índice de cumplimiento de objetivos de UGC del HUVR (%)											
UGC	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
UGC de enfermedades infecciosas	99,0	100,0	97,0	97,0	90,4	83,5	92,0	95,2	95,0	88,8	93,4
UGC de diagnóstico de medicina nuclear	-	95,8	91,3	76,2	78,3	97,0	94,6	93,3	85,7	91,0	97,0
UGC médico-quirúrgica de enfermedades respiratorias	-	97,5	58,0	68,2	82,3	81,6	76,6	96,3	90,3	92,3	97,0
UGC de cirugía mayor ambulatoria	-	-	-	62,5	76,3	77,8	69,2	85,0	71,1	76,2	80,8
UGC de farmacia hospitalaria	-	-	-	-	82,1	94,2	93,0	93,2	94,8	92,8	91,0
UGC de medicina integral: UCAMI	-	-	-	-	80,6	77,2	75,0	91,0	89,3	90,8	97,0
UGC de cirugía plástica y grandes quemados	-	-	-	-	-	83,9	76,8	86,8	74,1	85,3	83,8
UGC de genética y reproducción	-	-	-	-	-	80,5	93,5	98,7	93,9	88,8	93,5
UGC de cirugía maxilofacial	-	-	-	-	-	-	86,3	94,3	81,5	78,7	76,9
UGC de diagnóstico de radiología	-	-	-	-	-	-	92,7	87,1	83,4	78,4	71,5
UGC de endocrinología y nutrición	-	-	-	-	-	-	90,3	99,0	96,0	96,0	99,6
UGC de cuidados críticos y urgencias	-	-	-	-	-	-	-	90,8	90,9	80,3	92,0
UGC de cuidados críticos y urgencias pediátricas	-	-	-	-	-	-	-	92,2	97,0	88,3	96,0
UGC de neonatología	-	-	-	-	-	-	-	-	91,4	91,3	91,5
UGC de rehabilitación	-	-	-	-	-	-	-	-	82,5	92,0	95,3
UGC de urología y nefrología	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88,5	96,8
UGC de enfermedades digestivas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87,4	87,8
UGC del área del corazón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91,8	90,8
UGC de enfermedades neurológicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76,7	80,0
UGC de cirugía pediátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76,3	91,7
UGC anatomía patológica (interhospitalaria con H. Osuna)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UGC de dermatología (médico-quirúrgica y veneorología)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UGC de ginecología obstetrica patología mamaria y oncología de la mujer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UGC de hematología	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UGC de laboratorio clínico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UGC de oncología integral	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UGC de salud mental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Media hospitalaria UGC</b>	<b>99,0</b>	<b>97,8</b>	<b>82,1</b>	<b>76,0</b>	<b>81,7</b>	<b>84,4</b>	<b>85,5</b>	<b>92,5</b>	<b>87,8</b>	<b>86,6</b>	<b>90,2</b>

Como resultado de esas jornadas el SAS se dotó de una estructura técnica para homogeneizar criterios y establecer directrices en la implantación del citado modelo. En consecuencia, se pusieron en marcha dos modelos para UGC: uno de ellos para Centros Hospitalarios y el otro para Atención Primaria. Se estableció un ámbito temporal de cuatro años, que se va actualizando cada año con distinto grado de exigencia en los objetivos marcados. En estos modelos se definen indicadores, criterios de evaluación e incentivos económicos al cumplimiento de objetivos. Los objetivos se agrupaban en diez dimensiones, alineadas con las estrategias y política sanitaria, estableciéndose el peso de cada una de estas dimensiones en relación con la importancia que, en cada momento, se quiere dar a cada una de las estrategias.

Posteriormente, se fueron creando modelos diferenciados según la naturaleza de la UGC: médica, de cirugía, diagnósticas, de farmacia, de urgencias, entre otras. Dadas las peculiaridades de cada una de esas UGC se otorga también distinto peso a las dimensiones citadas anteriormente. Ese peso es adaptado a la incidencia que los distintos modelos de unidades tengan sobre los objetivos generales de la institución. Por ejemplo: la prescripción farmacéutica en las UGC médicas pesa más que en las unidades de las quirúrgicas, que tiene una incidencia en gasto farmacéutico menor.

La tabla 1 muestra cronológicamente la creación de UGC en el HUVR durante la primera década, conformándose hasta un total de 27 unidades de muy distinta naturaleza, que han aportado una rica experiencia, para las sucesivas unidades que se han ido incorporando. Igualmente se muestra el grado de cumplimiento anual de los objetivos de cada una de las UGC. Como se

observa en la tabla, la mayoría de estas evaluaciones alcanza un porcentaje de cumplimiento de objetivos superior al 80%, que pone de manifiesto la implicación de los profesionales, su alto grado de compromiso y adherencia, facilitando así el estímulo para la creación de otras nuevas.

Los primeros acuerdos de UGC tenían un carácter voluntario, soportados sobre un modelo experimental y orientador, facilitado por la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), que servía de guión con una gran autonomía en el establecimiento de objetivos y definición de indicadores. Igualmente el modelo no concretaba incentivos al cumplimiento de objetivos.

En 2010 existían 37 UGC en HUVR que incorporan todos los servicios finalistas del complejo hospitalario. En este mismo año se adopta una novedad organizativa firmándose acuerdos de UGC intercentro, donde además del HUVR se incluye algún otro hospital de la provincia, como: Hospital de Valme, Hospital Comarcal de Osuna y Hospital Macarena. Esta novedad de creación de unidades intercentro e interniveles seguirá ampliándose en los años siguientes para dar una mejor respuesta a los problemas de salud de la ciudadanía, contribuyendo a la mejora de la eficiencia.

A partir de 2010 las distintas dimensiones se van a agrupar en seis perspectivas que deben incorporar los Acuerdos de Gestión Clínica: financiera, delegación (Gestión Clínica), formación y crecimiento, clientes, interna y desarrollo crítico.

Dentro de cada dimensión, se definen los objetivos alineados con los establecidos en el CP del centro y en función a la posibilidad de influencia de cada unidad en el logro de los mismos. El peso de esos objetivos pactados se

reparte de forma que el 60% se corresponde con objetivos institucionales y el 40% para los objetivos específicos de cada unidad, con el fin de permitir el establecimiento de logros adecuados a los niveles de madurez de cada unidad.

Se pretende que todos los profesionales trabajen poniendo el mayor esfuerzo en el cumplimiento de los objetivos estratégicos, que son a su vez los comprometidos con la Ciudadanía.

Durante la última década, el SSPA ha ido desarrollando herramientas para la mejora de la gestión: los Planes de Salud, Compromiso Parlamentario (4.º Plan Andaluz de Salud), Plan de Calidad (3.º Plan de Calidad), Gestión por Procesos Integrales de Salud. Igualmente se han creado, entre otros, organismos de apoyo y asesoramiento y la ACSA (Agencia de la Calidad Sanitaria de Andalucía) para la definición de indicadores y formular modelos de acreditación de la Calidad (Modelos de acreditación de centros, UGC, Unidades de Formación, Profesionales, páginas Web).

Todos estos documentos estratégicos e instrumentos profundizan en un alto compromiso con la ciudadanía por el desarrollo de un SSPA de calidad y eficiencia.

Igualmente la concreción en líneas estratégicas se traslada a los Contratos Programas, donde se marcan los planes de acción, objetivos periódicos e indicadores de calidad.

A continuación se señalan dos circunstancias previas que se han dado en la experiencia del HUVR y que, sin lugar a dudas, han supuesto valores muy positivos en el desarrollo de este modelo organizativo en el centro:

1. Contar, en un principio, con la Dirección de Proyectos, que gozaba de una cierta independencia de la Estructura Organizativa del hospital para pilotar las experiencias. La Dirección de Proyectos equivaldría a una Dirección Estratégica en cualquier otra organización, ya que junto a esa responsabilidad asume la de formación, la de investigación, y la nueva área de participación comunitaria, así como la de impulsar novedosos proyectos en los sistemas de información.
2. Elegir Unidades de Gestión Clínicas con líderes reconocidos o unidades que tuvieran alguna característica diferenciada con las demás que la hiciera visiblemente estratégica y elegible frente al resto, para que el camino emprendido sirviera de ejemplo para motivar al resto de unidades.

Desde la Dirección de Proyecto se creó una Unidad Técnica para el apoyo en la puesta en marcha de las UGC, tutelándose el proceso y experimentando una verdadera transmisión de conocimiento. La Unidad Técnica, para el desarrollo de su cometido, disponía de una gran independencia a la hora de formular propuestas, explorar información y establecer métodos de medición de eficiencia innovadoras, así como diseñar herramientas que permitan el análisis de la actividad desde flujos de pacientes o procesos asistenciales, y también de los procesos administrativos y de gestión más relevantes. Para esto disponía de acceso directo a las bases de datos de los sistemas oficiales de información: Conjunto Mínimo de Base de Datos de Andalucía (CMBDA), lista de espera quirúrgica (LEQ), suministro de fungible (programa HP), suministro de farmacia, programa de nóminas y cuadro de mandos, entre otros.

Se comprobó que los datos agregados y los informes preforma del cuadro de mandos no son sensibles al análisis micro de las UGC y por tanto no resultan útiles para la toma de decisiones y el establecimiento de áreas de mejora en las mismas. Sin embargo, se puso de manifiesto que la simple clasificación de la actividad asistencial por Grupos Diagnósticos Relacionados (GDR) de más alta frecuencia, mayor estancia media o con estancias gananciales, o la clasificación de los consumos de recursos por el sistema ABC de mayor peso económico, proporcionan la posibilidad de elección de actuaciones de mejoras de muy alto impacto.

Igualmente, se evidenció que la observación a nivel micro permite el establecimiento de indicadores de medición de la calidad más sensibles y con valores de partida reales para el establecimiento de posibles objetivos de mejoras alcanzables y motivadores. El apoyo metodológico es valorado muy positivamente por las UGC, ya que les permite hacer un análisis de lo que hacen y cómo lo hacen y con frecuencia se visualizan ineficiencias que pueden ser corregidas, sin gran esfuerzo, al instante. Por el contrario, se puso de manifiesto que es preciso mejorar los sistemas de información, si queremos que sean verdaderos indicativos de la gestión y en el mismo sentido surgen lagunas a corregir como, por ejemplo: actividad que no se registra, circuitos administrativos inadecuados, asignación de recursos y costes mal direccionados, recogida de datos poco rigurosa, codificaciones inexactas e infraestructuras obsoletas, etc. que, sin lugar a dudas, hay que mejorar para lograr dar transparencia y facilitar instrumentos fiables en la toma de decisión.

De todo ello, resultaron fundamentales dos aspectos a destacar: de una parte, la importancia de dibujar el flujo de

pacientes y la actividad de los procesos más relevantes de cada UGC; y, de otra, la aproximación de la actividad de la UGC a modelos económicos de cuentas de resultados.

Esta observación metodológica y seguimiento del desarrollo de las UGC produce una valiosa información en *feedback* tanto para ajustar los modelos de implantación de las UGC, como para recomendar las acciones en la creación y puesta en marcha de instrumentos y herramientas por los órganos de decisión que hagan posible el cambio organizativo que se pretende con plena transparencia y corresponsabilidad.

En este sentido, las UGC son las microestructuras donde se experimenta la puesta en marcha de los nuevos instrumentos de la Consejería: Guía de Procesos, Gestión por Competencias, Satisfacción de Expectativas de Usuarios, entre otros.

Durante esta década, en el HUVR se han realizado estudios que permiten la validación del modelo de UGC, y siendo un modelo para la mejora de la calidad en el camino hacia la excelencia, parecía necesario evaluar la mejora en la satisfacción de la ciudadanía atendida. En este sentido, se ha empleado durante años sucesivos la misma encuesta que el SAS venía utilizando para evaluar la satisfacción general. Tras la comparación de resultados, se ha comprobado que tanto para la satisfacción general como para cada uno de los ítems de la encuesta los resultados de las UGC son superiores a los resultados medios del HUVR. También se han realizado encuestas sobre clima laboral, obteniéndose de igual forma resultados de satisfacción superiores en las UGC comparado con el resto de profesionales del HUVR. Entendemos que dichos resultados constituyen una aportación muy importante en la vali-

dación del modelo de gestión clínica para poder ser extendido a todo el SSPA.

Se produce una verdadera transferencia de conocimiento en feedback que debe ser analizada. Este es el valor añadido que tiene el proceso de puesta en marcha de las UGC.

El proceso es tutelado con mucho esmero y transparencia en ambas direcciones de transmisión del conocimiento y compromiso de ajustes para dar respuesta a este nuevo modelo.

Hoy por hoy, extendido el modelo de gestión clínica a todos los servicios sanitarios del HUVR, su gestión y evaluación no requiere una estructura específica, sino que impregna a toda la organización del hospital de forma coordinada. Liderado por la D. Médica, el resto de órganos (D. de Enfermería, D. Económica, Subdirecciones y Unidades Técnicas...) prestan soporte a este modelo organizativo.

Por otra parte, queremos señalar que al mismo tiempo que este proceso de mejora estaba ocurriendo en el HUVR y en el SSPA, se producía un compromiso generalizado del Gobierno de

Andalucía por la Calidad de los Servicios Públicos y la Modernización. Se creó el Observatorio de la Calidad de los Servicios Públicos, que dicta normas, programas formativos para los profesionales e instrumentos para la mejora de la Calidad de los Servicios Públicos. Como fomento a estas iniciativas se adoptó el Modelo EFQM para la Excelencia en la Junta de Andalucía (figura 1).

Asimismo, se han ido creando grupos de trabajo para diseñar las Cartas de Servicios, donde se definen los compromisos de la calidad de unidades y servicios del SAS con la ciudadanía (publicados en BOJA para hacerlos firmes y explícitos), con un sistema de definición de indicadores y de evaluación temporal de los mismos. Con el fin de incentivar a las unidades y servicios públicos andaluces en el uso del modelo EFQM en el camino a la excelencia en su gestión, se crea el Premio a la Calidad de los Servicios Públicos, en varias modalidades: Excelencia, Buenas Prácticas, Innovación Electrónica y Sugerencia de Empleados Públicos. En todas ellas, siguiendo el modelo EFQM. De esa manera, se traslada al ámbito de la Administración Pública, la experiencia de los premios que ya se convocaban para las grandes, medianas y pequeñas empresas desde la Consejería de Innovación, Ciencia y Empresa.

Por último, destacar que con el empuje actual de incorporación masiva al modelo de gestión clínica en la Sanidad Pública de Andalucía, y teniendo en cuenta que en los más de diez años de experiencia la mayoría de las deficiencias organizativas y de información que fueron detectadas han sido corregidas, parece imprescindible disponer de un modelo o guía que sirva de referencia para hacer el tránsito de la división tradicional de servicios al modelo de gestión clínica y a la nueva cultura



Figura 1. Portada del el Modelo EFQM para la Excelencia en la Junta de Andalucía

de calidad. Este trabajo pretende facilitar ese camino a las UCG en los centros sanitarios a partir de la experiencia desarrollada en estos años en el HUVR.

## Métodos

Los años de experiencia en la gestión clínica y los resultados alcanzados por las UGC creadas en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla nos llevaron a plantearnos su presentación al premio a la Calidad de los Servicios Públicos siguiendo el modelo EFQM en el año 2007. Para la presentación a dicho premio, hubo que preparar una memoria sobre las UGC en el HUVR. Para ello, fue necesaria una gran labor de análisis y evaluación sobre el proceso de puesta en marcha de UGC en el HUVR y elegir aquella que mayor éxito había alcanzado desde su creación. En la citada memoria fue necesario reflejar las características de las UGC como modelo de gestión innovador en el sector sanitario y asimismo las etapas de su puesta en marcha, destacando su relación con los criterios en los que se estructura el modelo EFQM.

Para la candidatura al citado premio, el HUVR eligió una de las UGC más madura, la UGC de Cirugía Plástica y Grandes Quemados, autorizada desde 2003. Dicha UGC ha efectuado grandes avances en la mejora de la calidad y está acreditada por la Agencia de



Figura 2. Carta de Servicios de la UGC de Cirugía Plástica y Grandes Quemados

Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) desde 2006, cumpliendo, por tanto, los criterios del modelo. Ha superado igualmente los estándares para ser acreditada por el Sistema Nacional de Salud (SNS) y ha sido premiada por la Consejería de Salud por su Plan de Calidad a partir de esos criterios, y la implantación de sistemas de gestión como los propuestos en los estándares ISO 9001 e ISO 14001. Asimismo, tiene publicada en el BOJA su Carta de Servicios (figura 2). Dichos logros le han llevado a convertirse en unidad de referencia en el SNS para las dos áreas que la componen: Grandes Quemados y Reimplante.

La presentación al citado premio supuso una primera aproximación al modelo EFQM para las UGC, dado que no existía ningún precedente. Asimismo, nos dio la oportunidad de observar la utilidad del modelo dentro del marco de la gestión clínica y las estrategias que el SSPA tiene planteadas en su compromiso con la calidad. La memoria de la citada UGC quedó entre las finalistas con una alta puntuación en el modelo. Dado que una de las mayores dificultades en el proceso de elaboración de la misma fue conciliar el lenguaje sanitario con el del modelo EFQM, creímos necesario hacer una guía adaptada de dicho modelo para su aplicación a la gestión clínica. Los informes de evaluación de la candidatura al premio y la puesta en marcha de las acciones de mejora nos animaron a seguir trabajando en la guía para la adaptación del modelo EFQM a la Gestión Clínica.

Hemos hecho una profunda reflexión de la evolución de dicha UGC y observando sus logros, analizamos el "cómo" lo ha conseguido y enmarcamos cada una de sus acciones en los distintos criterios del modelo de EFQM. Todo ello nos ha llevado a observar que lo que estábamos haciendo para la



elaboración de la memoria podía utilizarse como parte de la guía de adaptación del modelo EFQM para las UGC.

De igual manera, desde un principio nos pareció que los criterios del modelo EFQM (Liderazgo, Política y Estrategia, Personas, Alianzas y Recursos, Procesos, Resultados en Clientes, en Personas, la Sociedad y Resultados Clave) tenían una correspondencia con las agrupaciones de los estándares de calidad del modelo de acreditación de las UGC del ACSA (Ciudadano, Organización, Profesionales, Estructura y Resultados).

## Resultados

A partir de nuestra experiencia construimos un modelo adaptado del modelo de EFQM para las UGC (figura 3). En el modelo propuesto, para cada criterio y subcriterio del modelo EFQM, se establecen las recomendaciones que deben seguir las UGC para conseguir el nivel de excelencia en su funcionamiento interno. Es importante destacar que esas recomendaciones están perfectamente alineadas con los objetivos institucionales y los objetivos claves que se pactan en los acuerdos con la Dirección del centro.



Figura 3. Portada del modelo para UGC, adaptado del modelo EFQM

Por tanto, hemos hecho el camino al revés, de manera que a partir de la experiencia de la UGC que nos ha servido de ejemplo (UGC de Cirugía Plástica y Grandes Quemados), y evaluando sus logros, hemos adscrito las acciones puestas en marcha por dicha UGC a los distintos criterios y subcriterios del modelo. De esta forma, en el modelo que proponemos se recoge para cada criterio lo que debería hacerse para conseguir la excelencia, utilizando siempre los distintos instrumentos y herramientas que el SSPA pone a disposición de las Unidades para la mejora de la calidad.

El modelo EFQM ya tiene una versión para los servicios públicos, como hemos señalado anteriormente donde se ha adaptado el lenguaje a este contexto organizativo pero, dado que la sanidad tiene unas peculiaridades que la diferencian del resto de servicios públicos y siendo un servicio básico para la ciudadanía, entendemos que es necesario adaptar ese modelo a un lenguaje específico que pueda ser fácilmente interpretable por la comunidad profesional del SSPA, formado por más de 95 000 profesionales.

A continuación, a modo de ejemplo, hemos seleccionado tres de los cinco criterios agentes del modelo EFQM original. Para cada uno de ellos recogemos la adaptación propuesta al sector sanitario de uno de los subcriterios en los que se estructura. Con el fin de que el modelo adaptado sea fácilmente interpretable, y no se pierda en ningún momento las definiciones del modelo de referencia, primero se transcribe en **negrita** lo que indica el modelo EFQM para la Junta de Andalucía y seguidamente en color azul la transcripción al lenguaje sanitario. Además, si en el modelo de la ACSA hubiese para ese criterio una referencia concreta, se añade textualmente en un recuadro lo que indica este último para que sea el

referente de mayor peso. Por otra parte, al final de cada criterio se recogen algunas de las preguntas que ha de hacerse el evaluador para observar si la UGC cumple o no con ese criterio al objeto de facilitar la evaluación de la unidad y detectar así las áreas de mejora y sus puntos críticos para alcanzar la excelencia.

## Criterio 2. Política y Estrategia

### *2.b. La política y estrategia se basa en la información procedente de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas.*

2.b. La UGC revisará los indicadores de rendimiento de su propia Unidad, de Unidades similares en otros centros y de otras unidades que tengan resultados ejemplares aprendiendo de las mejores prácticas.

- La UGC promoverá las sugerencias e iniciativas de mejora propuestas por sus colaboradores.
- La UGC evaluará las investigaciones y avances tecnológicos en relación con su especialidad y valorará que sean eficientes y efectivas en coherencia con la limitación de los recursos públicos.
- La UGC analizará la valoración que hacen los pacientes, la dirección del centro, los profesionales de otras unidades, las asociaciones profesionales mediante diversas fuentes de información (encuestas, premios, reconocimientos, publicaciones, incentivos, entre otros). Aun siendo dichas valoraciones derivadas de actuaciones individuales de miembros de la unidad deben ser consideradas como resultado la UGC, entendiendo que el trabajo es colectivo.

## Preguntas para evaluar el criterio 2

1. La Unidad recoge y analiza la información necesaria para definir y comprender los ámbitos de actuación en los que opera, tanto en la actualidad como en el futuro.
2. La Unidad recoge y analiza la información necesaria para identificar, comprender y anticipar las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés.
3. La Unidad analiza la información que se desprende de sus indicadores de rendimiento y de las actividades de aprendizaje.
4. La Unidad analiza las expectativas y resultados de las Administraciones Públicas y organizaciones comparables, especialmente en aquellas consideradas como mejores.
5. La Unidad define y desarrolla, al nivel que le corresponde, su política y estrategia de manera coherente con su Misión, su Visión, las directrices procedentes de las unidades jerárquicas superiores, la información disponible y las capacidades propias y de sus aliados.
6. La Unidad implanta los procesos claves necesarios para hacer realidad su política y estrategia.
7. La Unidad despliega y comunica su política y estrategia mediante planes, objetivos, metas en todos los niveles relevantes (secciones, departamentos, áreas, grupos de trabajos, personas..).
8. La Unidad actualiza su política y estrategia en función de su eficacia y de los cambios internos y externos.

### Criterio 3. Personas

#### 3e. Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización.

3.e. La UGC definirá un sistema de incentivos económicos y reconocimiento en función al esfuerzo y aportación de cada uno de sus miembros a la consecución de los objetivos.

- La UGC definirá un modelo de reparto de incentivos económicos con los límites definidos en los acuerdos de gestión. El modelo de reparto de incentivos deberá ser conocido por todos los miembros de la unidad. El reparto de incentivos será público dentro de la unidad.
- Los responsables de la UGC trasladarán a los miembros de la misma los logros (premio, investigación, publicación, conferencia, mención honorífica...) de cualquiera de los profesionales que la integran como reconocimiento público y estímulo para el resto del equipo. Para informar de dichos logros podrán emplearse entre otros los siguientes medios: reuniones presenciales, páginas Web, lista de correo electrónico, memoria anual e informar de ello en las distintas comisiones de trabajos.
- La UGC distribuirá las cargas de trabajo y responsabilidades de forma equitativa para conseguir los objetivos pactados con la Dirección.
- La UGC dispondrá de un plan de responsabilidad social corporativa vigilando en todo momento el uso eficiente de los recursos, el plan de higiene y seguridad, clasificación y reciclado de todos los residuos, contaminación acústica, fuentes de energía alternativas, haciendo uso

de los modelos más innovadores, y sensibilizando a todos los profesionales.

- El plan de igualdad citado en el criterio dos facilitará la conciliación familiar, fomentará la participación de los profesionales varones en las responsabilidades familiares y promoverá la participación paritaria en las comisiones y grupos de trabajo, así como en el reparto de responsabilidades y en los programas formativos, entre otros.

#### Preguntas para evaluar el criterio 3

1. Los planes para la gestión del personal están alineados con la política, estrategia y objetivos de la Unidad.
2. Se garantiza que el personal posee los conocimientos y las competencias necesarios para el desempeño de sus funciones.
3. La Unidad contribuye al desarrollo profesional de su personal.
4. El personal de la Unidad trabaja en equipo.
5. El personal y los equipos de trabajo cumplen los objetivos marcados.
6. El personal de la Unidad participa en actividades de mejora a nivel individual y a nivel de equipo.
7. El personal se implica en las actividades organizadas por la Unidad.
8. Los canales de comunicación, horizontales y verticales, satisfacen las necesidades del personal de la Unidad.
9. El conocimiento y las mejores prácticas están disponibles para todo el personal que lo necesita.

10. Se conoce y recompensa los logros del personal y de los equipos de trabajo.

11. El personal está concienciado e implicado en temas de seguridad e higiene laboral, medio ambiente y responsabilidad social.

### Criterio 5. Procesos

#### **5d. Producción, distribución y servicio de atención, de los productos y servicios.**

5d. La producción y prestación de servicios de asistenciales de la UGC se hará conforme a los distintos instrumentos desarrollados en el SSPA que garanticen una atención de calidad conforme a sus expectativas y a sus derechos recogidos en el marco normativo e informará sobre ello a la sociedad.

La UGC desarrollará procedimientos internos que les permitan adoptar el marco legal e instrumentos del SSPA a su ámbito de actuación. Por ejemplo:

- Procedimiento de auditorías internas: se realiza una revisión detallada y sistemática de la implantación, funcionamiento y eficacia de la Unidad.
- Procedimiento de revisión del Sistema de Gestión de Calidad: el Sistema de Gestión de la Calidad de la Unidad es revisado por la Dirección de forma periódica anual o extraordinaria, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua, evaluándose las oportunidades de mejora y necesidad de hacer los cambios oportunos.
- Procedimiento de Reclamaciones de los Usuarios: se describe la forma de proceder cuando se produ-

ce una reclamación por parte del usuario.

- Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas: se evalúa la necesidad de adoptar acciones correctivas/preventivas para corregir las causas de las no conformidades que puedan surgir.
- Control externo: evaluación externa del cumplimiento de los estándares de calidad recogidos en el Programa de Acreditación de UGC por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- Percepción del usuario: análisis de la información del grado de satisfacción de los usuarios recogida anualmente mediante la sistemática de realización de encuestas implantada en la unidad.
- Actividades de seguimiento y medición: se definen indicadores para todos los procesos asistenciales más relevantes, de modo que esta sistemática permita monitorizar el comportamiento de estos procesos de prestación del servicio, predecir el nivel de cumplimiento de objetivos y actuar de modo proactivo ante tales situaciones.

Para asegurar el acceso a la información por parte de los usuarios, familiares y otros, la UGC establece los siguientes canales:

- Carta de Servicios aprobada por el SAS, que está publicada en la Web de la Unidad y es accesible por todos los usuarios, tanto internos como externos.
- La Unidad participa en todos los foros provinciales, autonómicos, nacionales e internacionales a los que es invitada como Unidad o a través de cualquiera de sus integrantes.

- La Unidad participa activamente en cuantas actividades de difusión y promoción de la salud que se le propongan por distintas instituciones o grupos de interés (organismos oficiales, colegios profesionales, universidad, asociaciones de enfermos, asociaciones de consumidores, industria farmacéutica y tecnológica, entre otros).

### **Preguntas para evaluar el criterio 5**

1. La UGC identifica y diseña adecuadamente los procesos necesarios para hacer realidad su misión, visión, política y estrategia y satisfacer a sus distintos grupos de interés.
2. Se aplican los principios de la gestión por procesos y, en su caso, los estándares de gestión más adecuados (de calidad, medio ambiente, etc.).
3. Se han establecido sistemas de seguimiento y medición de todos los procesos que permitan evaluar su capacidad para cumplir los resultados planificados.
4. Se identifican sistemáticamente las oportunidades de mejora en los procesos, se priorizan y se llevan a cabo.
5. Se comunican los cambios en los procesos al personal y demás grupos de interés afectados. Se asegura que todo el personal recibe la formación e información necesarias para implantar los cambios con éxito.
6. Los productos y/o servicios están diseñados adecuadamente para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes de la UGC.
7. Para cada uno de los productos y/o servicios de la UGC, se han definido los compromisos con el cliente y

se han implantado metodologías para el seguimiento del cumplimiento de los mismos.

8. La Unidad tiene definidos procesos adecuados de atención, comunicación y promoción de sus productos y/o servicios.
9. La Unidad gestiona la información procedente de las sugerencias, reclamaciones y encuestas de sus clientes.

### **Discusión**

Creemos que no es suficiente con firmar acuerdos de objetivos basados en la mejora de la calidad y cumplirlos. Nosotras planteamos pasar del "qué" al "cómo". El modelo de gestión clínica del SSPA implica la implantación de una cultura en la que priman factores como los siguientes: liderazgo, planificación de estrategias, motivación de los profesionales, gestión de los procesos integrales de salud, trabajo en grupo, satisfacción de expectativas de pacientes y personal, uso adecuado de los recursos y alianzas con otros grupos de interés, entre otros. A nuestro modo de ver, existe una correspondencia entre esos factores y los criterios del modelo EFQM.

Por ello, consideramos que la guía experimental o el modelo que las autoras de este trabajo hemos elaborado de adaptación del modelo EFQM al sector sanitario y especialmente a las Unidades de Gestión Clínica, puede servir de guía para facilitar el camino a la Excelencia de la Gestión Clínica en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, así como en otros centros sanitarios del SSPA y el de otras comunidades autónomas.

Dado que entendemos que el modelo elaborado debe ser validado por los

profesionales sanitarios, se propone, de una parte, el desarrollo de un taller en el que participen los clínicos con reconocida experiencia, es decir, con una trayectoria de varios años liderando proyectos de UGC, con el fin de que trabajen sobre el modelo y valoren la utilidad del mismo. De otra parte, se propone difundir e incentivar, mediante algún objetivo específico de los acuerdos, la utilización de esta guía para la evaluación de algunas unidades maduras, que sirva para diseñar su plan de mejora. Lo recomendable sería hacerlo en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, donde se ha nutrido esta experiencia.

### Agradecimientos

El mayor agradecimiento al doctor Tomás Gómez Cía, Director de la UGC de Cirugía Plástica y Grandes Quemados, conector del modelo de EFQM y otros modelos de calidad, que en todo momento ha colaborado con esta iniciativa, facilitando la posibilidad de redactar la memoria de su unidad con el Modelo de EFQM y aportando datos, sugerencias y una gran experiencia reconocida en la gestión de la mejora de la calidad en la unidad que él lidera desde hace más de diez años.

A los directivos y técnicos del Instituto Andaluz de Tecnología (IAT) con quienes, durante varios años de colaboración como evaluadoras del Centro Andaluz para la Excelencia en la Gestión, hemos compartido el aprendizaje, comprensión y adaptación del modelo EFQM, reconociéndolo como verdadero instrumento para la mejora continua de la calidad en los Servicios Públicos.

### Bibliografía

1. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2010). Programas de Acreditación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
2. Consejería de Salud. (2010). Contrato Programa Servicio Andaluz de Salud 2010-2013. Junta de Andalucía.
3. Consejería de Salud. (2010). Plan de Calidad Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014. Junta de Andalucía.
4. EFQM. (2003). Modelo EFQM de Excelencia.
5. EFQM. (2010). Modelo EFQM de Excelencia.