

Título: Evaluación de la calidad en tres Áreas de Salud mediante el Modelo de la European Foundation Quality Management (EFQM) de Excelencia.

Autores: Alonso P, Gomis I, Lopez N, Pedraza A, Alvarez-Quiñones M, González M.

Ponente: Paloma Alonso Cuesta

Mesa: Gestión de la Calidad

INTRODUCCIÓN

Las Áreas de Salud son demarcaciones territoriales que comprenden una población de 200.000-250.000 habitantes a la que proporcionan atención sanitaria por medio de instituciones tanto de Atención Primaria (centros de salud) como de Especializada (hospital)¹. Por tanto, la mejora continua de la calidad de la atención sanitaria prestada en el seno del Área requiere la implicación de ambos niveles asistenciales. Tanto los hospitales como los centros de salud incluyen, en sus respectivos contratos de gestión anuales, unos indicadores de calidad específicos². Sin embargo, éstos evalúan determinados aspectos cualitativos pero no la calidad global alcanzada en el área de salud.

Los problemas debidos a la deficiente coordinación entre las instituciones de los dos niveles asistenciales, existentes en cada área de salud, provocan falta de continuidad asistencial y escasa integración de los cuidados prestados al paciente. Dichos problemas han sido descritos en múltiples trabajos^{3,4,5}.

Entre las diversas medidas que se han planteado para intentar subsanar las deficiencias de coordinación mencionadas se encuentran:

- El establecimiento de Gerencias por Área de Salud con contrato de gestión único y financiación capitativa⁵.
- La facturación de los servicios prestados entre ambos niveles⁴.
- El desarrollo de planes estratégicos o planes de calidad conjuntos.

Para esta última medida podría ser de utilidad la evaluación de la calidad en el Área de Salud mediante el Modelo EFQM de Excelencia. Éste consiste en un marco de trabajo no-prescriptivo, que reconoce que la excelencia de una organización puede lograrse y mantenerse desde diversos enfoques, pero que existen ciertos conceptos considerados fundamentales comunes a todas las organizaciones líderes^{6,7}. Entre ellos se encuentran:

- Orientación hacia los resultados.
- Orientación al cliente.
- Liderazgo y constancia en los objetivos.
- Gestión por procesos y hechos.
- Desarrollo e implicación de las personas de la organización.
- Aprendizaje, innovación y mejora continuos.
- Desarrollo de alianzas.
- Responsabilidad social.

Estructuralmente, el Modelo Europeo se representa en forma de bloques, diferenciando claramente los denominados *AGENTES*, que constituyen lo que la organización *hace*, de los denominados *RESULTADOS*, que son una consecuencia de los anteriores y que reflejan lo que la organización *consigue*.



Modelo Europeo de Excelencia.

Entre las ventajas que presenta se encontrarían las siguientes^{6,7,8}:

- Identifica los puntos fuertes y las áreas de mejora de la organización.
- Proporciona un enfoque estructurado basado en hechos que permite evaluar a la organización y medir su avance de forma periódica.
- Crea un lenguaje y un marco conceptual común.
- Implica a todas las personas y unidades en el proceso de mejora.
- Identifica y permite compartir mejores prácticas dentro de la organización.
- Prepara a la organización para solicitar Reconocimientos y Premios.
- Orienta las organizaciones hacia la satisfacción del cliente interno (personal) y del externo (ciudadanos).

OBJETIVOS

1.- Objetivo principal.

Mejorar de forma continua la calidad que se presta a los ciudadanos en el Área de Salud.

2.- Objetivos secundarios.

- 2.1. Formar al personal tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada que participe en el proyecto, en las técnicas de trabajo en grupo, proceso de autoevaluación y consenso.
- 2.2. Aplicar el conocimiento adquirido a un ejercicio práctico de autoevaluación de su propia organización y de su Área de Salud.
- 2.3. Evaluar el estado actual de los nueve criterios del Modelo EFQM de Excelencia en un determinado Área de Salud, identificando los puntos fuertes y las áreas de mejora
- 2.4. Comparar los resultados de las autoevaluaciones obtenidos por cada organización sanitaria, entre sí y con bases de datos de diferentes organizaciones evaluadas con un procedimiento similar.
- 2.5. Compartir las mejores prácticas con el otro nivel de atención del Área de Salud y entre sí.
- 2.6. Facilitar el establecimiento de un calendario de actuaciones de mejora y fijar indicadores de medición del logro alcanzado para cada actuación, así como un responsable para la misma.

MATERIAL Y MÉTODO

1.- Material

- 1.1. Sujetos: los sujetos del estudio fueron tres hospitales generales de agudos y cincuenta y dos centros de salud de Atención Primaria (agrupados en tres organizaciones de Atención Primaria), ubicados en tres Áreas de Salud. La

población asignada a esos centros ronda un millón cuatrocientos mil habitantes y el número de empleados unas nueve mil personas.

Los miembros del equipo evaluador fueron seleccionados entre: los directivos, mandos intermedios, responsables de calidad y otras personas clave, tanto de A. Primaria como de Especializada, de las instituciones citadas. La implicación de los equipos de dirección en todas las fases del proceso era condición sine qua non para la inclusión de las Áreas en el proyecto.

1.2. Cuestionario.

Para la autoevaluación se optó, de entre las diversas opciones sugeridas, por la aplicación del cuestionario PERFIL (enfoque pro forma)⁸.

Este cuestionario consta de 120 preguntas, cada una de las cuales se encuadra en alguno de los 32 subcriterios del modelo. Cada pregunta permite una respuesta entre 0-100 a intervalos 5 puntos. Esta escala está fundamentada en los elementos lógicos característicos del modelo⁸. Los citados elementos son los siguientes:

- Para los agentes facilitadores (criterios 1,2,3,4 y 5):
 - El enfoque (solidamente fundado e integrado).
 - El despliegue (implantado y sistemático).
 - La evaluación y revisión (medición: si el enfoque y despliegue se miden regularmente, aprendizaje y mejora: si las evaluaciones sirven para identificar, establecer prioridades e implantar mejoras).
- Para los resultados (criterios 6,7,8 y 9):
 - Los indicadores existentes y su importancia relativa.
 - Las tendencias positivas, buenas y sostenidas.
 - Existencia de objetivos grado de idoneidad y consecución de los mismos.
 - Las comparaciones positivas con organizaciones externas, con la media del sector y con la reconocida como la mejor.
 - La correspondencia de los resultados con el planteamiento del enfoque y su comparación con los mejores de su sector y con las mejores organizaciones.

Estos elementos lógicos característicos del Modelo se conocen como matriz REDER (resultados, enfoque, despliegue, evaluación y revisión).

El cuestionario PERFIL ha sido validado y testado en distintas organizaciones por los autores del mismo (Club de Gestión de Calidad)⁸.

1.3. Base de datos que permita la comparación con organizaciones nacionales e internacionales que se han sometido a un proceso de autoevaluación con el modelo EFQM de similares características (evaluación siguiendo el Modelo EFQM de Excelencia y organizaciones que han sido candidatas al Premio Europeo de Excelencia. Estos datos corresponden a la base de datos del Club Gestión de Calidad).

1.4. Encuesta de satisfacción a los integrantes de los equipos evaluadores. Se diseñó una encuesta “ad hoc” que incluía:

- Cinco preguntas de respuesta múltiple con escala cuantitativa de 0 a 10 y cualitativa (escala de Liker) referentes al grado de satisfacción de los participantes con el tiempo, los contenidos y el soporte logístico de la formación. Así mismo se evaluaron los mismos aspectos del proceso de autoevaluación, aunque se incluyeron además preguntas específicas sobre la idoneidad del cuestionario y sobre el tiempo dedicado a la cumplimentación individualizada del cuestionario.
- Dos preguntas que admitían respuesta afirmativa y negativa referentes a si repetiría la autoevaluación en su propia organización y a si recomendaría a otras organizaciones que lo hicieran.
- Un apartado para expresar libremente observaciones.

2.- Método:

2.1. Autoevaluación mediante aplicación del modelo EFQM.

El proyecto fue apoyado por asesores externos. Se contó con un coordinador perteneciente a una organización sanitaria pública (INSALUD) y con expertos pertenecientes a una organización sin ánimo de lucro dedicada a la formación

y asesoramiento en la aplicación del Modelo EFQM de Excelencia (Club de Gestión de Calidad, representante de la EFQM en España, y propietaria del cuestionario PERFIL).

La autoevaluación incluyó las siguientes actuaciones:

2.1.1. Curso de formación.

2.1.2. Proceso de autoevaluación tutorizado.

2.1.3. Diagnóstico de Situación, Informe final y propuesta de sugerencias mejoras.

2.1.1. Curso de Formación.

Se impartió un curso de formación en el propio Área de Salud. Asistieron al mismo entre 25 y 30 personas. De ellas se seleccionaron entre 14y16 (idéntico número de Atención Primaria y de Especializada) para formar parte del Equipo Evaluador. El perfil de los componentes de dicho equipo era multiprofesional (médicos, enfermeras, administrativos) y multijerárquico (directivos, mandos intermedios, empleados de base). Los contenidos del curso abarcaron, tanto los conceptos fundamentales del Modelo Europeo, como la propia metodología de autoevaluación mediante el cuestionario PERFIL .

Como resultado de esta acción formativa, los componentes del Equipo Evaluador adquirieron los conocimientos básicos para familiarizarse con los criterios y subcriterios del Modelo, así como con la cumplimentación del cuestionario. También se valoró durante la acción formativa la importancia del papel que jugaban los componentes del equipo evaluador en el proceso.

A cada participante se le hizo entrega de un cuestionario y de documentación de apoyo sobre el Modelo EFQM de Excelencia^{6,7,8}.

2.1.2. Proceso de Autoevaluación tutorizado.

Cada miembro del Equipo Evaluador cumplimentó individualmente el cuestionario, pudiendo consultar al grupo de expertos externos cualquier tipo de dudas al respecto. Así mismo, se les sugirió que si para la contestación de alguna pregunta,

no disponían de información suficiente, se dirigieran al equipo directivo o a la unidad administrativa responsable de ese tema.

Posteriormente se llevaron a cabo tres reuniones de consenso en cada Área Sanitaria: una con el equipo evaluador de Atención Primaria, otra con los de Atención Especializada y una tercera conjunta.

A la reunión de consenso de Atención Primaria acudieron como observadores participantes dos miembros del equipo evaluador de Atención Especializada y a la inversa. Todas las reuniones de consenso contaron con el asesoramiento externo señalado anteriormente. Este aspecto contribuyó a garantizar la fiabilidad y validez del proceso al contar con personas expertas que actuaban como “notarios” de la autoevaluación, homogeneizando el proceso.

En las reuniones de consenso se debatieron las discrepancias surgidas entre los evaluadores (algunas originadas por lagunas de información, otras por diferentes percepciones de la realidad, etc.). Se consideró discrepante aquella pregunta cuya respuesta difería en un porcentaje superior o inferior al 25%, entre los distintos evaluadores. En estos casos, la labor del asesoramiento externo consistió en solicitar a las personas con divergencia de criterio, evidencias que justificaran sus puntuaciones. En otras ocasiones, el grupo externo aclaró aspectos del cuestionario que podían inducir a error de interpretación a uno o varios de los participantes. La puntuación final adoptada siempre fue ratificada por el conjunto de evaluadores.

2.1.3. Diagnóstico de Situación .

2.1.3.1. Tratamiento de los datos y comparaciones.

Una vez obtenidas las valoraciones consensuadas se introdujeron los valores resultantes en la aplicación , generándose los ficheros correspondientes a

Atención primaria, Especializada y al Área de Salud. Esto permitió el posterior tratamiento de la información y el establecimiento de comparaciones con empresas y organizaciones líderes en materia de calidad y competitividad. El tratamiento estadístico se efectuó con el aplicativo Excell obteniéndose, para cada uno de los criterios y subcriterios, la media, , la desviación típica y el rango máximo y mínimo. Se calcularon dichos valores para Atención Primaria, la Atención Especializada y las Areas.

2.1.3.2. Informe Final de la Evaluación.

Una vez analizada la información recogida, se elaboró un Informe Final de la Evaluación, que incluyó los siguientes apartados:

- Resumen Final de la Evaluación.
- Informes comparativos con otras organizaciones (ya reseñados en el punto anterior).
- Diagnóstico de la situación actual del Área de Salud.
- Identificación de sus Áreas Fuertes.
- Identificación de las potenciales Áreas de Mejora.
- Propuesta de sugerencias y actuaciones de mejora.

2.2. Encuesta a los participantes.

El objetivo de la misma fue conocer el grado de satisfacción con el proceso de autoevaluación, el tiempo dedicado a la cumplimentación del cuestionario, las dificultades encontradas y las sugerencias de mejora.

La encuesta se procesó estadísticamente, con el fin de obtener los porcentajes de satisfacción mencionados. También se transcribieron literalmente las observaciones cualitativas.

RESULTADOS.

1.- Resultados del proceso de autoevaluación.

1.1. En la tabla 1 y gráficos 1, 2 y 3 se presentan diferenciadas para Atención Primaria, Especializada y Areas de Salud las puntuaciones medias absolutas y ponderadas globales, así como las correspondientes a cada uno de los criterios: También se incluye la desviación típica y los rangos máximo y mínimo. Como referente se incluyen las puntuaciones asignadas por la EFQM a cada criterio.

La puntuación media alcanzada fue de 231 puntos/1000 (rango entre 214 y 248).

Los criterios con puntuaciones más bajas fueron los correspondientes a resultados en personas 9 puntos/90 (10%), resultados en sociedad 11/60 (18%) y personas 19/90 (20%).

Las puntuaciones más altas correspondieron a clientes 49/200 (26%) y resultados clave 47/150 (31%).

Las diferencias en puntuación entre Atención Primaria y Especializada fueron mínimas.

Atención Primaria presentó puntuaciones superiores a Atención Especializada en personas (diferencia de 3 puntos), resultados en clientes (4 puntos)). Atención Especializada superó a Primaria en Liderazgo (1 punto), procesos (4 puntos) y Resultados clave (7 puntos).

Los datos alcanzados se compararon con las medias de bases de datos nacionales e internacionales y con las mejores organizaciones (base de datos existente en el Club de Gestión de Calidad).

1.2. En la tabla 2 se presentan diferenciadas las puntuaciones medias alcanzadas para cada subcriterio y la desviación típica.

Las puntuaciones más bajas (inferiores a 20%) fueron las correspondientes a los subcriterios:

1c: Implicación de los líderes con clientes, partners y representantes de la sociedad.

3d: Existencia de un diálogo (comunicación externa e interna) entre las personas y la organización, 3e: recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización.

7a y 7b: Medidas e indicadores de percepción de la organización por parte de las personas de la misma, 8a y 8b: medidas e indicadores de percepción de la organización por parte de la sociedad.

Las puntuaciones más altas (superiores al 30%) fueron las alcanzadas por los subcriterios 1b: implicación personal de los líderes para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización y 9b: indicadores clave de rendimiento de la organización con relación al rendimiento planificado.

1.3. En las tablas 3, 4,5 y 6 se recogen de forma sucinta los puntos fuertes, las áreas de mejora y las propuestas de actuación comunes a las tres Áreas.

2.- Referentes al método de autoevaluación:

2.1. Tiempos de dedicación.

- El tiempo dedicado a formación fue de diez horas.
- El tiempo medio dedicado por cada uno de los participantes a la cumplimentación del cuestionario fue de 9 horas (rango entre 3-19h). La mediana se situó en 7 horas.
- El tiempo máximo de las reuniones de consenso se fijó en 5-6 horas y se mantuvo en ese límite en todos los casos.
- El estudio completo se finalizó en dos meses.

2.2. Grado de discrepancia.

En la tabla 1 se presenta el grado de discrepancia en las preguntas correspondientes a cada criterio al iniciar la primera reunión de consenso y el global.

El grado de discrepancia media en el equipo evaluador fue del 52,8%, es decir que los equipos evaluadores presentaban unas 63 preguntas en las que sus miembros diferían en más de un 25%. Sin embargo, existieron grandes diferencias entre las distintas organizaciones evaluadas (rango máximo 102 y mínimo 32). El criterio con menor grado de discrepancia fue el referente a resultados en personas (3%) y el de mayor el correspondiente alianzas y recursos (68%) preguntas.

2.3. Grado de satisfacción de los evaluadores con el proceso.

En las tablas 6 y 7 se recogen los resultados de la encuesta de satisfacción tanto cuantitativos como cualitativos. El 100% manifestaron estar de acuerdo con volver a efectuar una autoevaluación en su organización, haber incrementado su conocimiento del modelo EFQM. El 98% recomendarían a otras organizaciones que efectuaran una autoevaluación. Entre los aspectos cualitativos que se señalaban como mejorables se encontraba la adaptación lingüística del cuestionario al entorno sanitario público. Y como punto fuerte el conocimiento adquirido sobre el funcionamiento tanto de su propia organización como de la otra institución sanitaria de su Área.

DISCUSIÓN

La autoevaluación mediante el modelo EFQM de las organizaciones de Atención Primaria y Especializada, en el seno de un determinado Área de Salud, permitió identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora de cada organización y del conjunto. Este ha sido el punto de partida sobre el que se ha elaborado un plan de actuaciones de mejora, en el que están involucrados ambos niveles.

Las organizaciones evaluadas presentaron resultados muy similares entre sí. Previsiblemente esto es debido a que la solicitud de autoevaluación fue

presentada de forma conjunta y voluntaria por las cúpulas directivas de ambos niveles, lo que indica un compromiso importante con la mejora de la calidad.

En líneas generales, los resultados apuntan a que se trata de organizaciones en las que existe evidencia de un enfoque sólidamente fundamentado hacia la gestión de la calidad, con un despliegue implantado en determinadas áreas relevantes, pero no de forma sistemática, y en las que existe alguna evidencia de evaluación y revisión. Ahora bien, la utilización del aprendizaje internamente, como forma de compartir buenas prácticas e implantar mejoras, es escasa y reactiva.

El grado de exigencia del modelo EFQM es altísimo ya que se trata de buscar la excelencia en la totalidad de la organización. Como referente, instituciones que obtienen puntuaciones entre 20 y 40 en muchas preguntas, se las puede calificar de buenas⁸. Otro dato complementario es que el premio europeo de calidad se concede con valoraciones superiores a los 600 puntos. Por eso, aunque aquí se incluyen las puntuaciones alcanzadas, éstas tiene un valor muy relativo.

La comparación porcentual con otras instituciones incluidas en las bases de datos nacionales e internacionales es un referente importante y un valor añadido que presenta el modelo. Sin embargo, es preciso resaltar que en dichas bases están incluidas empresas públicas y privadas sin diferenciación entre ambas. Además, la base de datos internacional (EFQM) incluye solo empresas que han presentado su candidatura al Premio, es decir con altas puntuaciones de partida. En la de referencia nacional (Club Gestión de Calidad) no se discrimina entre los resultados obtenidos en la primera autoevaluación y los posteriores. Hechas estas aclaraciones, el rango de puntuaciones entre 200-250, en el que se sitúan todas ellas, es muy similar al alcanzado por otras organizaciones sanitarias públicas^{9,10,11} en su primera evaluación aunque inferiores a los de evaluaciones posteriores^{9,12}.

No obstante, tanto en unas como en otras el criterio 7, resultados en personas, es el que obtiene puntuaciones más bajas^{9,10,11}. Además, en nuestro estudio, fue el que presentó mayor grado de unanimidad entre los distintos evaluadores. Ello habla a favor de la dificultad que entraña la medición de la percepción que las personas de la organización tienen de la misma. Es más se podría pensar en un primer momento que con instalar un buzón de quejas destinado a los empleados y realizar una encuesta bien diseñada y segmentada por grupos es suficiente.

Es lógico pensar esto si se tiene en cuenta que la mayoría de instituciones sanitarias públicas nunca han a cabo llevado esta medición (en el grupo del estudio, solo una organización había realizado una en dos ocasiones). Sin embargo, esto aún siendo reseñable, es solo un primer paso.

Para obtener puntuaciones que superen los 500 puntos sería preciso buenos resultados y tendencia positiva en todos los indicadores que inciden en el nivel de satisfacción de los empleados^{6,7,8}. Esto exige en el sector público soluciones imaginativas bidireccionales por parte de los directivos y empleados.

En relación con este criterio, también es destacable que aunque las líneas generales de los contratos de gestión de Atención Especializada del INSALUD (al que pertenecían hasta el año 2002 los hospitales del estudio), incluían para el bienio 98-99 la realización de encuestas en los hospitales, éstas nunca se concretaron. Es más, sorprende que los contratos de gestión² incluyan, desde su inicio, un procedimiento formal de tratamiento de quejas y reclamaciones y de realización de encuestas de satisfacción a los pacientes y nunca se haya pensado en implantar ese tipo de medidas de percepción para el personal. No se ha tenido en cuenta que el grado de satisfacción de los pacientes está directamente relacionado con el del personal.

Otra característica muy relacionada con los criterios de personas (3 y 7) y de clientes (6) sería la insuficiente comunicación interna y externa de estas instituciones. En cuanto a la comunicación interna se detectó que el problema se localizaba, aparentemente, en los mandos intermedios. Estos no transmitían la información hacia abajo y tampoco tenían contacto entre sí. La recomendación en este sentido a los directivos fue utilizar al máximo todos los órganos de participación y asesoramiento existentes y evaluar por medio de canales informales y de la encuesta al personal, si el mensaje ha llegado a toda la institución.

Uno de los problemas detectados con la autoevaluación fue la falta de una definición clara de los clientes/grupos de interés. Únicamente se identificaba al cliente con el paciente y a lo sumo con sus familiares y acompañantes. Las organizaciones evaluadas tenían medidas de percepción de la satisfacción de este tipo de clientes y presentaban una tendencia positiva de los mismos. No obstante,

obtuvieron bajas puntuaciones al no incluir otros clientes/ grupos de interés, tales como: otras organizaciones sanitarias públicas o privadas (hospitales, compradores de servicios, centros de atención primaria, centros sociosanitarios) mutuas aseguradoras, universidades, ayuntamientos, asociaciones de consumidores, asociaciones de enfermos. Esta circunstancia no solo incidió en el criterio 6 sino también en otros (por ej el subcriterio 1 c).

Otra de las áreas de mejora detectadas fue la de gestión de procesos. Esta se ha asimilado en muchas organizaciones sanitarias a las vías clínicas y los protocolos, que para algunos autores son procedimientos (como se hace) y no procesos (que se hace)^{13,14}.

Independientemente de la polémica que levanta el término, lo que parece claro es que las organizaciones del estudio no tenían mapa de procesos, ni habían incluido entre los mismos la docencia, la investigación o la gestión de pacientes (admisión), procesos clave para una organización sanitaria pública. Además, este tipo de actividades figuraban en la misión de los respectivos planes estratégicos. En cuanto a las vías clínicas no contemplaban la continuidad asistencial entre ambos niveles. Es decir, no integraban la atención que se dispensaba al paciente desde el primer contacto con el médico de atención primaria hasta su devolución por parte del especialista.

Otros criterios como el 2 y el 3 alcanzaron puntuaciones mas bajas de las esperables. Las instituciones evaluadas disponían todas de plan estratégico, plan de formación y plan de calidad. Sin embargo, daba la impresión de que estos planes habían sido un fin en sí mismos y no un inicio de su desarrollo. Muchas veces eran desconocidos por las personas (excluidos directivos)de la organización. En otros casos no se había publicado o no se había revisado desde su finalización. Para el modelo EFQM no basta con haberlos realizado si no que exige que cualquiera de estos planes sea conocido por toda la organización, evaluado, revisado, actualizado y mejorado con el aprendizaje de forma constante y permanente^{6,7,8}.

En cuanto al criterio 4 alianzas y recursos, todas las organizaciones evaluadas disponían de sistemas de información clínicos y económicos (aunque en algunos casos poco integrados y validados) y de una adecuada estrategia económico

financiera. Sin embargo, escaseaban los estudios de coste efectividad y de adecuación de las distintas tecnologías utilizadas (por ejemplo: alta tecnología, prescripción farmacéutica). Este aspecto es relevante ya que uno de los factores que más contribuyen a incrementar el gasto sanitario es la aparición e introducción de nuevas tecnologías en el sector. De ahí la necesidad de evaluar la idoneidad de su uso en la práctica clínica.

Dentro de este mismo criterio también eran escasas las alianzas con proveedores o con otras organizaciones tanto sanitarias (otros hospitales, residencias sociosanitarias) como no sanitarias (universidades, escuelas de enseñanza media, ayuntamientos..).

El criterio mejor evaluado fue el 9 como corresponde a organizaciones muy centradas en el cumplimiento de los objetivos de actividad asistencial, calidad y presupuesto que incluye el contrato de gestión^{9,10,11}. Dado que las organizaciones están volcadas al cumplimiento del mismo, sería una buena estrategia introducir en el mismo aquellas actuaciones que inciden de forma importante en una gestión de calidad, ligando su cumplimiento a financiación. En este mismo sentido, debería caminarse hacia una integración de ambos niveles asistenciales mediante el establecimiento de un contrato de gestión compartido, fundamentado en la mejora de aquellas áreas detectadas como más deficitarias en la autoevaluación. Sería conveniente sustituir los actuales indicadores (referidos a temas concretos, no relacionados entre sí) por un modelo de calidad que engloba todos los aspectos de la organización¹⁵.

Una ventaja añadida del proyecto fue el aprendizaje de buenas prácticas. Aunque las organizaciones eran muy similares presentaban peculiaridades. Una de las organizaciones realizaba consultas de alta resolución (se realizan las exploraciones que precisa el paciente el mismo día de la consulta). Otra tenía un importante desarrollo informático y de contabilidad analítica. Otra realizaba encuestas al personal. Otra había iniciado un proceso de descentralización en áreas clínicas. Otra tenía alianzas con las escuelas de enseñanza. De este modo, cada una de ellas conoció aspectos que podrían enriquecer su propia gestión.

El método empleado consistente en un curso de formación en el Modelo, la cumplimentación del cuestionario PERFIL y reuniones de consenso con asesoramiento de expertos externos, ha supuesto ventajas importantes:

- El tiempo de dedicación al proceso de autoevaluación y consenso ha sido muy inferior al planteado por otras organizaciones en su primera autoevaluación^{9,10}.
- La fiabilidad y validez de la comparación de las organizaciones incluidas en el estudio se ha visto facilitada al utilizar la misma herramienta.
- Identifica fácilmente las áreas de mejora y los puntos fuertes ya que la aplicación informática que le soporta presenta un “semáforo” que marca con distintos colores, cada una de las preguntas y subcriterios en función de la puntuación absoluta y relativa alcanzada.

Entre las limitaciones que presenta se encuentra:

- La necesidad de adaptar su terminología al sector sanitario^{16,17,18}. Muchas de las discrepancias se debían a diferencias en la interpretación del cuestionario.
- Una cierta pérdida de riqueza en la reunión de consenso ya que al ser cerrado se dirige hacia los contenidos que contempla.
- La exclusión de discusión en las preguntas que existía acuerdo, ya que si el error de interpretación era común a todo el equipo no se aclaraba. Si bien este punto queda resuelto, cuando los evaluadores han incluido la justificación de sus puntuaciones.

Para finalizar el ciclo de la autoevaluación tal y como propugna el modelo se está llevando a cabo una adaptación del cuestionario al entorno sanitario público^{16,17,18}

Para ello se ha contado con las aportaciones tanto de los equipos evaluadores de este estudio como de los expertos externos. Los cambios se han llevado a efecto sin modificar la estructura básica del PERFIL lo que garantiza la comparabilidad con otras organizaciones.

CONCLUSIONES

- 1.- La aplicación del Modelo EFQM de Excelencia a las instituciones sanitarias públicas (Atención Primaria y Especializada) de un determinado Área de Salud permite una valoración global de la gestión de calidad total de la organización , debiendo los contratos de gestión evolucionar en este sentido.
- 2.- La identificación de los puntos fuertes y de las áreas de mejora mediante la autoevaluación constituye un elemento fundamental para la priorización de planes de mejora que incrementen la calidad del servicio prestado por ambos niveles.
- 3.- La necesidad de alcanzar una valoración consensuada, facilita el intercambio de opiniones entre los miembros del equipo evaluador, amplía su conocimiento de las dos organizaciones (Atención Primaria y Especializada) y favorece la comunicación en cada uno de los niveles de atención y entre sí.
- 4.- La aplicación del Modelo EFQM de Excelencia a las distintas organizaciones proporciona a las mismas una base de comparación homogénea de los resultados obtenidos.
- 5.- La aplicación del Modelo EFQM requiere formación previa.
- 6.- La autoevaluación con la herramienta PERFIL tiene ventajas entre las que destacan un menor tiempo de dedicación de los participantes en el proceso y limitaciones como la necesidad de adaptar su terminología lingüística al sector sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 14/86 de 25 de abril, General de Sanidad (B.O.E. Nº 102, de 29 de abril de 1986)
2. Dirección General de Organización y Planificación. Plan de Calidad. Madrid: Edición:Subdirección General de Coordinación Administrativa. Instituto Nacional de la Salud,2000.
3. Repullo JR, Fernandez R. Objetivo 29: Rediseñar la atención hospitalaria. En Informe SESPAS 2000:la salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Cuarta Edición del Informe SESPAS. Granada:Editores Carlos Alvarez Dardet y Salvador Peiró,2000:371-379.
4. Alonso P, Rodriguez JM, Pupato S, Fernández J, Bañares P, Bonilla E. Facturación de servicios de atención especializada a atención primaria. Todo Hospital 1995; 118: 7-13.
5. Ortún V. Coordinación entre la Atención Primaria y la Especializada.Los contornos de las organizaciones sanitarias. En Libro de ponencias XVII Jornadas Economía de la Salud. Murcia: Ediciones Compobell, 1997:39-54.
6. European Foundation for Quality Management. Evaluar la Excelencia- Guía Práctica para la Autoevaluación. Madrid: Club Gestión de Calidad, 1999
7. European Foundation for Quality Management Modelo Efqm de Excelencia- Sector Público y Organizaciones del Voluntariado. Madrid: Cub Gestión de Calidad, 1999.
8. Club Gestión de Calidad. Herramienta para la autoevaluación de la Gestión Integral de las Organizaciones. PERFIL vs. 3.0 . Aplicación informática. Madrid: Club Gestión de Calidad, 2002.
9. Sánchez E, Darpón J, Villar F, Letona J, Martínez Conde A, González –Llinares R. De la Gestión de la calidad hacia la Excelencia en la Gestión a través del modelo de autoevaluación de la EFQM en una red pública de centros sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2000; 15:177-183.
10. Fernández-León A, Berros MA, García M. La experiencia del Hospital Monte Naranco en la aplicación del modelo de la EFQM. Rev Calidad Asistencial 2000; 15:155-160.

11. Ramón C, Ricci C. Proceso de Autoevaluación de la Fundación Hospital Manacor mediante el Modelo Europeo de gestión de calidad Total. Rev Calidad Asistencial 2000; 15:151-154.
12. Gené- Badía J, Jodar G, Peguero E, Contel JC, Moliner C. The EFQM excellence model is useful for primary health care teams. Family practice 2001; 18:407-409.
13. Moracho O. Gestión por procesos en el Hospital de Zumarraga y Modelo Europeo de Excelencia: gestión y evaluación de la mejora continua. Rev Calidad Asistencial 2000; 15:142-150.
14. Costa i Estany. Gestió de la Qualitat en un món de serveis. Barcelona: ediciones Gestió 2000. Universitat Oberta de Catalunya, 1998.
15. Comité Permanent des Hôpitaux de l' Union Européenne (Hope). Rapport du groupe de travail "qualité des soins dans les hopitaux" de la sous-commission de coordination. La qualité des soins de santé et des activités hospitalières. Leuven, 2001.
16. Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez marín J, Aranaz J, Sitges E. La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. Rev Calidad Asistencial 1998; 13: 92-97.
17. Lorenzo S, Aracelay A, Bacigulpe M, Mira J, Palacio F, Ignacio E, Vitaller J. Autoevaluación de centros sanitarios. Utilizando como referencia el modelo de Excelencia de la EFQM. Madrid: Ediciones MSD, 2001
18. Identificación de un conjunto de indicadores claves de calidad en el ámbito hospitalario según el Modelo Europeo de Excelencia. (Modelo EFQM de Excelencia. Madrid: Club Gestión de Calidad, 2001.

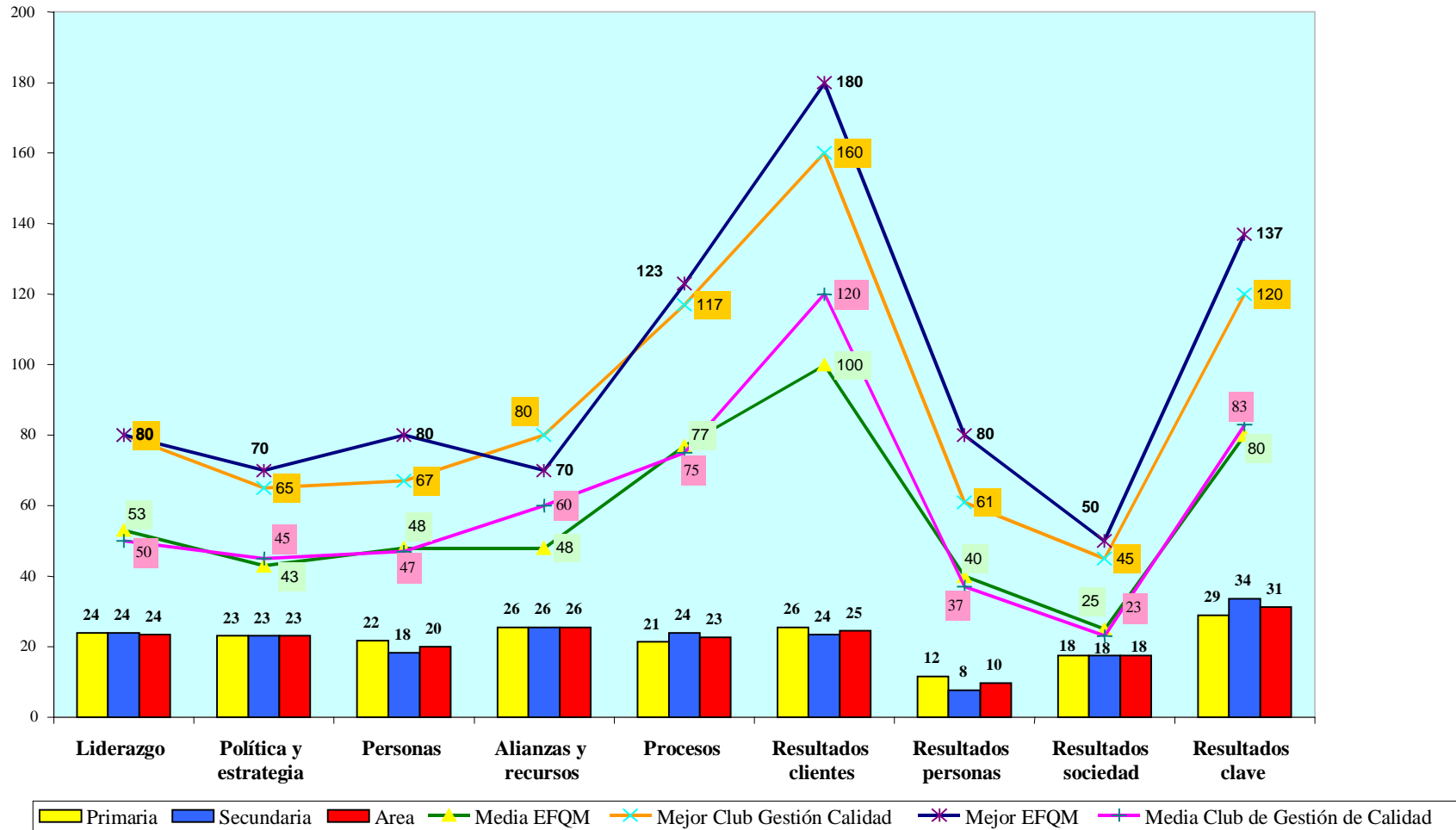
**Tabla 2.- Comparativo por subcriterios A. Primaria,
A.Especializada y Áreas de Salud**

SUBCRITERIO	PRIMARIA	ESPECIALIZADA	AREAS	DESVIACION TIPICA
1 ^a	22	23	22	0.96
1b	28	35	31	4.97
1c	16	18	17	2.65
1d	25	20	22	3.86
2 ^a	24	19	21	3.59
2b	21	20	20	3.20
2c	21	23	22	3.59
2d	22	22	22	2.45
2e	29	28	28	3.16
3 ^a	23	20	22	4.04
3b	23	20	21	4.55
3c	28	23	26	3.11
3d	21	16	18	4.03
3e	17	14	15	2.06
4a	20	20	20	3.65
4b	25	21	23	3.11
4c	30	26	28	4.36
4d	25	31	28	4.16
4e	26	29	27	4.27
5a	20	25	22	2.94
5b	21	20	21	2.38
5c	20	24	22	3.40
5d	23	24	23	2.16
5e	27	30	28	2.16
6a	26	23	24	3.56
6b	25	26	26	4.43
7a	13	8	10	5.35
7b	9	9	9	1.63
8a	19	20	19	3.56
8b	18	18	18	2.08
9a	31	38	34	5.25
9b	28	30	29	2.99

Tabla 1.- Comparativo A. Primaria, A. Especializada y Áreas de salud en valores absolutos y ponderados

	Media P	Media E	Media A	%P	%E	% AREA	EFQM	Rangos	Desviación T
Liderazgo	23	24	24	24	24	24	100	21 25	1.91
Política y estrategia	19	19	19	23	23	23	80	16 21	2.08
Personas	20	17	18	22	18	20	90	15 22	2.94
Alianzas y recursos	23	23	23	26	26	26	90	20 26	2.58
Procesos	30	34	32	21	24	23	140	28 33	2.63
Resultados clientes	51	47	49	26	24	25	200	39 54	7.35
Resultados personas	11	7	9	12	8	10	90	6 15	4.19
Resultados sociedad	11	11	11	18	18	18	60	9 12	1.29
Resultados clave	44	51	47	29	34	31	150	54 41	5.35
Total	230	231	230	23	23	23	1000	214 247	17.94

Gráfico 2.-COMPARATIVO CRITERIOS PRIMARIA, ESPECIALIZADA Y ÁREA CON DATOS NACIONALES E INTERNACIONALES. PORCENTAJES



➤ **Áreas de mejora**

- Falta de definición de los grupos de interés
- Insuficiente comunicación externa e interna (horizontal y vertical)
- Inexistencia de gestión de los procesos no clínicos
- Ausencia de realización de encuestas al personal
- No comparten internamente ni el conocimiento, ni las mejores prácticas
- Escasa segmentación de las encuestas a clientes.

Puntos fuertes destacables

- ❖ Cúpulas directivas comprometidas con la mejora de la calidad.
- ❖ Planes estratégicos elaborados en la totalidad de las organizaciones evaluadas.
- ❖ Planes de formación diseñados previo análisis de las necesidades.
- ❖ Descentralización del contrato de gestión a las unidades clínicas y equipos.
- ❖ Vías clínicas y protocolos de actuación desarrollados para procesos más relevantes
- ❖ Procedimiento formal establecido de tratamiento de quejas y reclamaciones de los pacientes
- ❖ Órganos de participación y asesoramiento constituidos tanto en la propia organización como en el Área de Salud.
- ❖ Estructuras y/o Recursos específicos destinados a calidad
- ❖ Alto cumplimiento del contrato de gestión
- ❖ Existencia de planes de calidad

Áreas de mejora del Conjunto (Áreas de Salud)

- Inexistencia un Plan Estratégico que integre los de ambos niveles
- Objetivos contrapuestos en los respectivos Contratos de Gestión
- Poca efectividad de las Comisiones Paritarias
- Ausencia de Encuestas sobre la satisfacción con la asistencia prestada por el otro nivel de atención
- Falta de inclusión del otro nivel en la Gestión por procesos
- Escasa comunicación entre las personas de ambos niveles (a excepción de los equipos directivos)

COMPARATIVO CRITERIOS PRIMARIA, ESPECIALIZADA Y ÁREA CON PUNTUACIÓN EFQM. VALORES ABSOLUTOS

