



Título: Autoevaluación de la calidad siguiendo el modelo E.F.Q.M. Utilización de la Autoevaluación en Osakidetza / Svs. Caso de estudio: Hospital del Bidasoa

Autor: José Manuel Ladrón de Guevara Portugal
(jlguevara@sscc.osakidetza.net)
Subdirector de Asistencia Especializada de Osakidetza

Mesa: 24 de Junio; 11'00 horas, SALA D

Resumen

Una de las dificultades que han encontrado muchas organizaciones para progresar en la mejora ha sido la gran variedad de ámbitos en los cuales es positivo avanzar. El uso de un modelo que de forma sistemática y ponderada permite realizar una reflexión y conocer la realidad de una organización ha sido empleado en muchas organizaciones como ayuda en la gestión.

A partir de las experiencias de empresas exitosas ha sido posible establecer modelos útiles para abordar esta reflexión sistemática. Uno de estos modelos es el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad. Es este un modelo empleado en muchas organizaciones europeas, organizaciones consideradas como avanzadas en sus métodos de gestión. Se trata de un método basado en los principios de la calidad total.

El documento Osasuna Zainduz, Estrategias para la sanidad vasca, contiene entre sus líneas estratégicas la elección de la calidad total como vía de mejora de la calidad de los centros sanitarios.

Siendo el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad un elemento útil para desarrollar las líneas estratégicas emanadas de Osasuna Zainduz, Osakidetza ha propiciado su uso en sus propios centros. Dada la dificultad de realizar ejercicios prácticos en el Taller que las VI Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios se ha decidido introducir la experiencia de uno de sus centros: el Hospital del Bidasoa

Introducción

La preocupación por mejorar la calidad es una realidad en cualquiera de las organizaciones en todos los ámbitos sociales o económicos de nuestra sociedad. Las organizaciones sanitarias, como parte del ámbito socioeconómico, no se han mostrado ajenas a esta inquietud y desde hace muchos años se han evidenciado acciones dirigidas a mejorar cada una de las múltiples facetas que constituyen su actividad.

La preocupación por mejorar se ha visto materializada, como decimos, a través de una gran variedad de iniciativas. Es suficiente revisar el índice de cualquier revista profesional para verificar la inquietud de los profesionales por hacer mejor las cosas. Esta inquietud por la mejora se ve plasmada en muchas iniciativas de ámbitos muy diferentes, desde los profundamente técnicos –como son la investigación genética, o investigaciones en nuevas alternativas diagnósticas o terapéuticas – a otros que profundizan en la mejora de la calidad a partir de otras dimensiones como son la garantía de acceso a las prestaciones sanitarias, el análisis del papel de los pacientes, médicos, gestores, estudio de las decisiones clínicas, uso apropiado de procedimientos, medición de resultados, medición de satisfacción, prescripción terapéutica, pautas de práctica clínica, prevención,...

Podemos considerar que la principal preocupación de un directivo, de cualquier directivo de cualquier organización es hacer bien lo que tiene que hacer. Pero es posible que muchos directivos se vean apabullados por la ingente cantidad de desafíos que supone abordar

mejoras en cada una de las muchas líneas que acabamos de mencionar: Nuestro directivo necesita un sistema que le permita ordenar sus ideas de acuerdo a criterios sencillos, útiles para gestionar, de eficacia probada previamente y a través de instrumentos al alcance de su mano.

Los hospitales, los centros de atención primaria, las corporaciones dedicadas a la asistencia sanitaria son organizaciones de personas, expertas en diferentes técnicas, coordinadas y dirigidas a conseguir fines muy concretos.

Hay muchas organizaciones en nuestra sociedad, y muy diferentes, que han empleado sistemas que les han permitido avanzar en su devenir y mejorar ostensiblemente sus formas de gestionar y sus resultados.

Las organizaciones sanitarias pueden emplear esos sistemas y razonablemente es esperable que produzcan los mismos efectos positivos.

Este simplísimo silogismo está probablemente en la base de todo nuestro argumento: El sistema sanitario vasco es una organización compleja que precisa de un sistema eficaz que de forma ordenada y estructurada le permita establecer diagnósticos y ordenar necesidades de cara a mejorar la calidad en la totalidad de sus actividades.

El modelo europeo es un sistema utilizado por las organizaciones más avanzadas en nuestro entorno y puede ser útil como herramienta de gestión de nuestras organizaciones.

Este planteamiento no implica que el modelo elegido sea el único útil, ni siquiera el mejor. Otros modelos están ofreciendo magníficos resultados en muchas organizaciones sanitarias. Dentro del entorno empresarial elegido en la planificación estratégica de la sanidad vasca (Osasuna Zainduz 1993) que enfatiza el papel de la calidad total, el modelo de la European Foundation for Quality Management es el que mejor puede orientar las decisiones estratégicas, tácticas y operativas de Osakidetza y de sus centros.

La aplicación práctica de la autoevaluación EFQM precisa de más tiempo del que disponemos en este taller. No obstante, con la intención de cumplir con la visión práctica que sugiere 'taller' veremos cómo está siendo utilizada la autoevaluación en Osakidetza para posteriormente describir más concretamente las vicisitudes o los sucesos más importantes acaecidos a lo largo de cuatro procesos de evaluación en una misma organización

El modelo de autoevaluación

El modelo europeo de autoevaluación es el que propugna la EFQM para estimular la mejora continua, y se basa en los principios de la calidad total: Orientación hacia los resultados, orientación al cliente, liderazgo y constancia en los objetivos, gestión por procesos y hechos, desarrollo e implicación de las personas, aprendizaje, innovación y mejora continuos, desarrollo de alianzas y responsabilidad social.

Este modelo está configurado para ser un instrumento, una herramienta favorecedora de la mejora continua. Así pretende ser utilizado, como utensilio capaz de servir a las organizaciones para avanzar en la mejora.

Consigue esta utilidad al facilitar una reflexión sistemática y ponderada, dirigida fundamentalmente a identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora con el objetivo último de facilitar y permitir establecer de forma pertinente la elaboración de planes de acción concretos.

A diferencia de algunos otros modelos el de la EFQM surge a partir de las experiencias de muchas organizaciones que han servido de modelo por sus buenas prácticas.

Dichas experiencias han servido para conocer la importancia de los sistemas empleados en la gestión, y de los diferentes logros obtenidos. En lenguaje EFQM, el conjunto de sistemas de gestión se conocen con el nombre de Agentes, y los logros obtenidos se conocen como Resultados. (Ver fig. 1)



Fig.1

Estos agentes o sistemas de gestión deben utilizarse de forma sistemática utilizando el ciclo de la mejora continua (PDCA) y se agrupan entre las cinco dimensiones principales que en jerga EFQM reciben el nombre de criterios. Estos criterios son el liderazgo, la política y estrategia, la gestión de las personas, la gestión de las alianzas y los recursos y la gestión de los procesos.

Gestionando adecuadamente estas dimensiones o criterios - agentes es posible obtener

logros o resultados en los diferentes ámbitos y que para el modelo europeo se agrupan en cuatro dimensiones: resultados en los clientes, resultados empresariales, resultados en las personas de la organización y resultados en la sociedad.

Para abordar el análisis de la organización en cada uno de estos criterios el modelo plantea subcriterios (32) que permiten desgajar y concretar el análisis de actividades más concretas.

Esta forma sistemática de abordar la evaluación se completa con un sistema de ponderación que enfatiza determinados criterios y facilita la priorización a la hora de decidir entre diferentes alternativas de mejora.

Empleo del modelo en Osakidetza / Svs.

Fue en el año 1995 en el que Osakidetza inició actividades concretas dirigidas a gestionar la calidad total según el modelo europeo. Las primeras actividades se dedicaron a difundir el modelo entre los directivos y determinadas personas que se encuadraban en las unidades de calidad. Entre los años 1996 y 1997 el 60% de los hospitales, el 92% de las comarcas de atención primaria y dos de las tres direcciones de área realizaron el primer ejercicio de autoevaluación. En año 1998 el Plan Estratégico de Osakidetza plantea la calidad total como un objetivo estratégico. Entre 1998 y 1999 más del 85% de los hospitales y el 43% de las comarcas utilizan el modelo de autoevaluación realizando una segunda evaluación. En el año 1999 realiza una adaptación del modelo al entorno sanitario de cara a facilitar su uso entre las organizaciones que la componen. En año 2000 dos hospitales consiguen el reconocimiento Q de plata del Gobierno Vasco. Entre el año 2000 y 2001 la totalidad de los hospitales, el 86% de las comarcas de atención primaria y 4/6 de otras organizaciones sanitarias del ámbito público sanitario vasco realizan un nuevo ejercicio de autoevaluación. En el año 2001 una organización compuesta por un hospital psiquiátrico y un área de salud mental consigue el reconocimiento Q de plata del Gobierno Vasco y 12 organizaciones suscriben el compromiso de presentarse a evaluación externa en un plazo menor de tres años.

Autoevaluación en el Hospital del Bidasoa. Cuatro procesos de evaluación.

El Hospital del Bidasoa es un hospital comarcal situado entre las localidades de Irún y Hondarribia, en Gipuzkoa, y que atiende a una población de alrededor de 80.000 habitantes. Inaugurado en 1989 y dotado con 110 camas, atendió en el año 2001 alrededor de 6.500 pacientes, cerca de 45.000 urgencias y más de 95.000 consultas. Se realizaron más de 2.300 intervenciones quirúrgicas programadas de las cuales más del 50% se hicieron de forma ambulatoria

En el año 1996, tras las sesiones teóricas de 20 horas y dos o tres supuestos prácticos iniciamos el primer proceso de autoevaluación mediante un equipo constituido por los cinco directivos y tres jefes de servicio. Para ello planificamos reuniones distribuyéndonos la reflexión por criterios con intención de facilitar el debate global en la reunión final de consenso. Para facilitar la reflexión utilizamos el documento proforma del modelo general de autoevaluación y recibimos la ayuda de dos asesores voluntarios de Euskalit (Fundación vasca para la calidad).

El proceso requirió más de cien horas de dedicación por persona, a lo largo de más de dos meses empleadas en larguísimas reuniones. Finalmente se delimitaron más de sesenta áreas de mejora que se priorizaron seleccionando cinco: realizar el mapa de procesos, elaborar un plan de comunicación, desarrollar el plan estratégico, elaborar un plan de formación dedicado específicamente a la calidad total, estudiar expectativas de los pacientes en relación a las esperas. Estas áreas de mejora las integramos en la plan de gestión.

Revisando el proceso entendimos que el modelo podía resultar una herramienta útil para el progreso de nuestro hospital pero que nuestro desconocimiento del modelo nos había conducido con gran dispersión, excesivo uso de tiempo y desgaste personal. Encontramos también que contábamos con mucha información pero integrada de forma inadecuada para reflexionar globalmente.

Así pues necesitábamos profundizar en el conocimiento del modelo, sistematizar la recogida de información replanificar las sesiones y duración del proceso de reflexión y sistematizar los planes, integrando el ciclo PDCA en nuestra forma de gestionar.

Dos años más tarde, en 1998 el mismo equipo de reflexión, tras asistir a nuevos cursos todos los miembros y habiendo participado un miembro del equipo en un dos evaluaciones de otras organizaciones, iniciamos el segundo ejercicio de autoevaluación. La planificación de las reuniones fue similar al ejercicio previo pero en este caso se habían limitado la duración y el número de las reuniones. Utilizamos los mismos soportes metodológicos y la ayuda de Euskaliti para la reunión final de consenso.

En este segundo ejercicio el tiempo empleado fue sensiblemente menor (menos de 60 horas por persona), empleado en un número de reuniones mucho más técnicas y detectando más de cien áreas de mejora, de las cuales se integraron en el plan de gestión las siguientes: Renovación del plan estratégico, necesidad de contar con mecanismos para conocer la satisfacción del personal, integración de los sistemas de información asistenciales, ampliación de las metodologías ISO a otras unidades, mejoras en el proceso de Urgencias y consolidar el SAPU.

Al evaluar el proceso observamos que habíamos avanzado en el conocimiento del proceso, proceso que había resultado más satisfactorio para todos en el que se había alcanzado un alto grado de consenso al elaborar las conclusiones. Volvíamos a coincidir en la utilidad del modelo para realizar una revisión en profundidad de la organización y para destacar áreas de mejora.

Decidimos seguir profundizando en el conocimiento del modelo de cara a posteriores evaluaciones y seguir mejorando los sistemas de recogida de información necesaria para la autoevaluación.

En el año 2000 decidimos elaborar una memoria de cara a solicitar una evaluación externa. El equipo redactor de la memoria sería el mismo de las dos veces anteriores, cuyos miembros ya habían seguido cursos básicos y de actualización del modelo, y habían asistido a varias sesiones reales de evaluación o asesoramiento a otras organizaciones. De forma previa a la redacción de la memoria habíamos realizado un estudio sistemático de las memorias de organizaciones galardonadas en ejercicios anteriores. Planificamos la elaboración de la memoria en el primer semestre del año, repartiéndonos el trabajo por criterios y utilizamos la ayuda de una consultora especializada.

Realmente el período se demoró más de lo previsto y en el transcurso de la redacción se desecharon dos borradores y se realizaron múltiples revisiones de los capítulos.

El resultado fue positivo: conseguimos más de 400 puntos, el reconocimiento Q de plata del Gobierno Vasco y más de cien observaciones realizadas por expertos concedores de la realidad empresarial.

Al evaluar el proceso coincidimos en la alta exigencia del mismo, el avance significativo en el acercamiento y la comprensión del modelo, la necesidad de integrar perfectamente los resultados de la evaluación en los planes de gestión y la relevancia del papel de la consultora.

Al ajustar el proceso determinamos ampliar la participación de otros líderes del Hospital, y la necesidad de demostrar buena coherencia entre los criterios 2-5-9, 2-3-7, 2-5-6, 2-4-9 y 1 con todos. Asimismo vimos la necesidad de rediseñar todos los criterios de resultados en función del Plan Estratégico, la necesidad de desatacar más evidencias de evaluación y revisión y de difundir la importancia del proceso entre las personas.

A finales de 2001, tras un año de poner en marcha algunas de las conclusiones del equipo evaluador de la memoria, un equipo de seis profesionales tanto del sector sanitario como de otros sectores, retomamos el ejercicio de autoevaluación con un doble objetivo: por una parte realizar un nuevo ejercicio de reflexión dirigido a detectar áreas de mejora, pero por otra parte queríamos cumplir el objetivo de difundir el modelo entre las personas del Hospital. Por ello configuramos un equipo de veinticinco personas – hay en el Hospital alrededor de sesenta mandos intermedios - a quienes habían seguido cursos de formación teórica y contando en algunos casos, el de los miembros de las reflexiones anteriores, ya con dilatada experiencia en evaluaciones de organizaciones ajenas. Planificamos un período de dos meses, sin apoyo externo y utilizando como base la Memoria previa, el Plan estratégico y los Planes anuales de gestión y los documentos proforma de la EFQM.

El proceso se desarrolló a lo largo de treinta y cinco días con una dedicación de entre doce y veinticinco horas por persona (el equipo de tres coordinadores dedicaron al proceso mucho más tiempo). Las reuniones fueron muy operativas ofreciendo planes de acción concretos y mostrando la necesidad de compatibilizar globalmente dichos planes. De dichas reuniones surgió una nueva batería de indicadores y más de ciento veinte áreas de mejora.

Al evaluar el proceso consideramos la buena disposición y participación de los líderes, así como el alto grado de comprensión y aceptación del modelo como referente de gestión, aunque se hacía preciso insistir en la necesidad de implicación de el desarrollo de proyectos que desarrollan las acciones de mejora.

De cara a futuros procesos estimamos la posibilidad de solicitar una nueva evaluación externa, e incorporar a seis de los mandos intermedios a nuevos proyectos dados su conocimiento e implicación en los procesos.

Conclusiones

Al cabo de cuatro evaluaciones, una de las cuales ha sido realizada por un equipo de seis evaluadores ajenos a nuestro Hospital, consideramos que el empleo del modelo europeo de gestión de la calidad es un instrumento útil para avanzar de forma sistemática en el camino de la mejora y de la calidad total.

A lo largo de estos años el modelo ha mostrado su utilidad a la hora de hacer una reflexión conjunta y ponderada de los puntos fuertes y áreas de mejora de nuestra Organización.

Ha sido un instrumento que ha mostrado una estructura interna sólida y capaz de relacionar adecuadamente todas las variables que hemos utilizado para realizar el análisis.

Ha servido de estímulo para mejoras importantes en nuestra gestión: Su empleo ha hecho replantear tanto la elaboración como el uso de la planificación estratégica. Nos ha obligado a realizarla de forma más sistemática y a utilizar de forma más adecuada la información relevante: al incluir entre la información necesaria un capítulo específico dedicado a las necesidades y expectativas de los grupos de interés e integrar la gestión por procesos (lo que nos ha llevado a modificar el análisis interno para realizarlo a través de los procesos y no de forma general) se ha conseguido centrar los esfuerzos organizativos más en los pacientes y en otros grupos de interés. También ha obligado a replantear y enunciar de forma más exacta la misión y la visión de nuestro Hospital y los valores primordiales que deben ser tenidos en cuenta en la gestión.

La reflexión a través del modelo europeo ha permitido abordar la gestión de las personas de forma más objetiva, a partir de la información obtenida a través de las encuestas. Diversos planes han surgido de esta información: prevención de riesgos, entorno más agradable, revisión de los planes de formación y de comunicación, gestión de traslados,...

En la gestión de los recursos, la introducción del concepto 'alianzas' ha permitido dar forma a toda una política que habíamos iniciado sin ser conscientes del potencial que imprime a la organización gestionar muchas de las relaciones bajo el concepto de alianza. En lo que se refiere a los recursos económicos y financieros su repercusión ha sido probablemente menor a causa de una forma de gestión previa ya avanzada lo cual ha llevado a priorizar otras áreas a la hora de acometer las mejoras. Algunas de las áreas que en este criterio se han priorizado están en relación con actividades de selección de inversiones, planificación y programación en la selección de la tecnología, seguridad en los sistemas de información,...

En lo que se refiere al criterio de procesos ha permitido establecer el cambio inicial necesario para producir el cambio en la organización necesario para pasar de la gestión por funciones a la gestión por procesos. Tras establecer y jerarquizar los procesos a través del mapa es posible entender y ordenar de forma más certera las relaciones entre ellos lo que facilita la toma de decisiones. El mapa de procesos permite diseñar la cadena de acciones necesaria para conseguir los objetivos y establecer sistemas de gestión o aseguramiento de los mismos, sistemas previos a la mejora de los mismo. La reflexión específica del criterio procesos ha permitido asentar y extender la certificación ISO a otros procesos diferentes de los inicialmente seleccionados e iniciar el abordaje sistemático de la mejora de los mismos.

En general el uso de la metodología de evaluación según el modelo EFQM ha permitido aprender a gestionar utilizando el ciclo PDCA por lo cual ha aumentado la preocupación por introducir las mejoras en los procesos a partir de los resultados: Se han seleccionado los principales resultados para conseguir cumplir la misión del hospital y son los que se utilizan para configurar el cuadro de indicadores del plan de gestión, tanto en resultados del Hospital, como en los resultados en la satisfacción en los pacientes y en las personas del Hospital. El modelo europeo de gestión de la calidad ha estimulado asimismo a abordar iniciativas dirigidas a favorecer el impacto positivo en la sociedad (incrementar el apoyo que ofrecemos a la formación profesional de diferentes disciplinas o cuidar la gestión de residuos o el entorno ambiental del Hospital)

De cara al futuro será preciso insistir en desarrollar sistemas para conocer experiencias de gestión positivas en otras organizaciones, tanto sanitarias como no sanitarias, cuyas prácticas podrían ser adaptadas a nuestra realidad y ofrecer buenos resultados. Otras experiencias centradas en procesos concretos han demostrado su eficacia en otras organizaciones y su adaptación a nuestra realidad en el ámbito del modelo europeo ayudará en nuestro proceso de mejora continua.