# Implantación de procesos asistenciales a través de la autoevaluación por el modelo de excelencia.

- **AUTOR:**
Alfonso Oliver Lechuga
Hospital de Zumarraga

- **PONENCIA:**
El modelo de excelencia E.F.Q.M., es en la actualidad uno de los modelos de trabajo con una clara orientación hacia la gestión que ha favorecido la modernización de la calidad, incluso en el sector público y dentro de ello, el sector que engloba a la Sanidad.

  Si hablamos de calidad con los clínicos, nos encontraremos siempre con la presunción de que la calidad es algo inherente a la profesión sanitaria y se ha obviado su evaluación, a excepción tan solo de una valoración de resultados que no suelen ser los más representativos de una buena práctica clínica.

  El modelo de EFQM de excelencia es una herramienta que establece un marco para trabajar con enfoques variados y que permite, por lo tanto, una libertad para elaborar estrategias que incorporen sistemas y procedimientos diversos como son los sistemas de acreditación, normas ISO u otros que incluyen una garantía de calidad muy específica y que están supeditados, en gran parte, al control de la AUTOEVALUACIÓN de lo que se hace. Ello, sirve para identificar las áreas de mejora y organizar las actuaciones para corregir los defectos observados y afianzarnos en nuestros puntos fuertes.

  Desde todos los centros sanitarios se puede gestionar un sistema de calidad. Unos hospitales se diferencian de otros por sus características de población, tamaño, servicios o áreas de influencia y estas características específicas marcarán las mayores o menores dificultades para el desarrollo de la gestión de la calidad.

- **PRESENTACIÓN:**
El Hospital de Zumarraga, está encasillado entre los hospitales pequeños, atendiendo a una población de 100.000 habitantes, con una disponibilidad de 120 camas de hospitalización con 7.500 ingresos anuales, 4 quirófanos, con 3.600 intervenciones anuales, 8 camas de Hospitalización de día medico-quirúrgico, 8 camas de reanimación, 39 Consultas Externas con 130.000 asistencias y una actividad del Servicio de Urgencias de otras 30.000 asistencias, que atiende una plantilla de 460 profesionales, siendo su presupuesto actual de 33.000.000 €.

  Conociendo este contexto de hospital, estaremos capacitados para realizar todas las extrapolaciones necesarias para comparar, valorar, justificar e incluso menospreciar los logros conseguidos en nuestro Hospital de Zumarraga que pasamos a enumerar, solamente con el ánimo de otorgar el justo valor a los mismos y encasillarnos en un marco en el que la cultura de calidad está presente en nuestro quehacer diario.

- **RECONOCIMIENTOS:**
  - Q Plata 2000
  - Golden Helix 2001
  - Hospital amigo de los Niños (UNICEF) 2002
  - Premio Ciudadanía 2002
  - Q Oro 2003
  - European Prize Winner 2005

Desde el año 1997 estamos implicados activamente en "la calidad" y participamos un amplio número de personas en el desarrollo de la misma.

Nos ha llenado de orgullo el alcance de todos los premios que hemos conseguido, pero en especial el obtenido en Octubre 2005, siendo el primer hospital reconocido en Europa con acreditación en calidad sobre la Gestión por procesos, en el sector de la empresa pública.

- **EXPOSICIÓN:**

Para una mejor comprensión de lo que se trata en una gestión por procesos, en el hospital, podemos establecer el símil con una cocina, bien casera, bien industrial, a la que llegan unos alimentos, crudos, no preparados, a los que nosotros, magníficos cocineros, tenemos que convertir en suculentos platos que sean incluso apetitosos a la vista y produzcan una gran satisfacción a nuestros clientes.

Lo que entra en el proceso, en esa cocina, son unos alimentos que nos aportan una información. Sabemos de ellos, su valor nutritivo, sus necesidades en la cocción y preparación, las experiencias obtenidas con los mismos en otras ocasiones…etc y a partir de estos conocimientos de nuestros ingredientes y disponiendo de unos utensilios adecuados, vamos a trabajar con ellos para que después de una serie de manipulaciones conocidas, consensuadas, basadas en la experiencia y con cierta dosis de arte, obtengamos un alimento al que, desde su entrada en la cocina, se le ha añadido el valor de nuestra experiencia, habilidad, elegancia y buen hacer.

Pero no termina todo aquí ya que este alimento preparado y listo para su consumo, no se desecha sino que se consume y después de testado por el consumidor, nos dá su opinión sobre sus características de sabor, presentación, temperatura, servicio…etc, lo cual nos sirve para corregir los defectos o reafirmarnos en lo que hemos hecho bien. Con ello, hacemos un libro de recetas culinarias, registrando nuestra actividad para que los que vengan detrás o estén a nuestro lado o sustituyan a los cocineros ausentes en un momento dado, sean capaces de no incurrir en los errores que nosotros hemos cometido o al contrario, sean capaces de dar a los ingredientes el sabor que la receta considera como óptimo.

En definitiva, hemos Planificado lo que íbamos a cocinar, hemos actuado según nuestra manera de hacer y lo hemos dado a probar con lo que conoceremos el resultado de esta evaluación y actuaremos en consecuencia ajustando donde hemos visto que es necesario. El ciclo de Deming se ha cerrado, hemos desarrollado un perfecto PDCA, con lo que ya estamos "sometidos" a la rueda de la Mejora Continua.

Podemos extrapolar este proceso a nuestros respectivos hospitales y comprender que quienes entran en el proceso son los pacientes (ingredientes), que nos aportan una información de sus necesidades, a quienes con los recursos de los que disponemos (utensilios), los tratamos o los atendemos para obtener un resultado sobre esos mismos pacientes a los que les hemos añadido el valor de nuestra actuación y les hemos procurado una satisfacción con mejor o peor percepción que vendrá dada por la evaluación de lo que hemos hecho y por la opinión de nuestros clientes reflejada en las encuestas a las personas que trabajan en el hospital, en las realizadas a los pacientes o en la opinión de la sociedad.

Vemos que el modelo EFQM, tiene como núcleo central el Proceso, con unos agentes facilitadores para el
desarrollo del mismo y que con el desarrollo del proceso se obtienen unos resultados que repercuten de nuevo sobre el propio proceso y también aquí se cierra el PDCA de Deming, por lo que es un modelo válido para la aplicación en la gestión de la calidad que nosotros hemos aceptado en el Hospital de Zumarraga, con gusto y con éxito.

En nuestro Hospital y de acuerdo con el título de esta exposición, se están gestionando cuatro Procesos asistenciales con el método de autoevaluación del modelo de excelencia

E.F.Q.M.
Estos procesos asistenciales son: HOSPITALIZACIÓN; BLOQUE QUIRÚRGICO; CONSULTAS EXTERNAS; PLAN DE VIGILANCIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL (P.V.P.C.I.N.)
Por ello, a lo largo de todo este trabajo, se harán referencias concretas a estos cuatro procesos asistenciales que pueden servir de ejemplo para una mayor comprensión a la manufactura de este tipo de gestión.

Para poder implantar la Gestión por procesos en el Hospital, es imprescindible hacer el diseño del propio proceso asistencial en un simple Mapa de procesos y ver cómo se encuadra, visualizando sus entradas, salidas, relación con los procesos estratégicos y con los procesos de apoyo…etc.

Este mapa de procesos puede tener varios niveles que nos van dando una imagen muy interesante a "vista de pájaro" y que simplifican en muchas ocasiones la comprensión de las labores a realizar y las interrelaciones con otros procesos.

Un proceso, cualquiera que sea, para poder gestionarlo bien, tiene que tener en primer lugar definida su Misión y todo lo que hagamos para desarrollar el proceso, tiene que estar encaminado al cumplimiento de esa Misión que hemos definido.
Con miras prácticas a la Gestión por procesos, es conveniente desglosar esta Misión en apartados que nos ayuden a simplificar tanto su definición como su contenido, respondiendo a preguntas muy simples como son:

QUÉ: Debe ser el inicio de la definición del proceso y en esta definición tenemos que explicar con palabras concretas el contenido o la razón de ser del proceso.

Como ejemplo sencillo, en el proceso de Bloque Quirúrgico, contestamos al QUÉ diciendo que es un Proceso que procura una atención quirúrgica especializada y necesaria en Instalaciones preparadas para ello.

Con este ejemplo ya tenemos que conocer que tenemos que trabajar sin perder de vista que este proceso no permite otra atención quirúrgica que no sea necesaria y que toda la zona de los quirófanos debe constar de una serie de recursos que permitan el desarrollo del proceso.

PARA QUÉ: Es decir, cuál es la razón de ser del proceso y hacia qué está encaminado. Siguiendo con nuestro ejemplo, contestamos al PARA QUË con la siguiente frase sencilla: Para curar, aliviar o diagnosticar y con esto le damos la dimensión de que lo que trabajemos quirúrgicamente de manera especializada y necesaria en ese recinto adecuado, tiene como fin diagnosticar, cuando otras modalidades no hayan sido capaces de una certeza de enfermedad, o bien, curar siempre que ello sea posible o procurar el alivio cuando no sea posible la curación.

PARA QUIÉN: Este apartado tiene que dejar muy bien definidos a los clientes, tanto internos como externos. La misión está dirigida hacia alguien y en un proceso asistencial, sin dudarlo ni un instante, ese alguien es el paciente que naturalmente, casi nunca está solo sino que en multitud de ocasiones está acompañado por su familia. Serán, por lo tanto dos clientes externos principales: Pacientes y Familiares, (que podemos identificarlos en uno solo y llamarlos "pacientes y/o familiares"), quienes van a recibir la asistencia de nuestro proceso y hacia quienes va encaminada la misión del mismo.
Pero además, en este apartado debemos tener en cuenta a todos los clientes internos que demandan nuestro trabajo y que casi siempre son los que ponen en contacto al cliente externo con el proceso. Este tipo de clientes en un proceso asistencial, generalmente lo componen los miembros del propio hospital y pertenecen a los servicios clínicos.

Nuevamente podemos plasmar aquí, para su comprensión, la misión del Bloque quirúrgico y contestar al PARA QUIÉN de la siguiente manera: Para los pacientes con indicación previa de cirugía o necesidad de atención de vigilancia o reanimación y para los servicios clínicos que demandan asistencia. Este apartado no precisa de muchas explicaciones y es fácilmente comprensible.

No todo lo referente a la misión termina con esto sino que podemos añadir, si lo creemos conveniente, el CÓMO lo vamos a hacer, es decir, cuál va a ser el procedimiento mediante el cual vamos a intentar alcanzar los objetivos que nos hayamos marcado para el cumplimiento final de la misión.
Este interrogante es, por lo tanto, un modo, una manera de hacer… un procedimiento condensado en unas pocas palabras que resuma toda nuestra actividad encaminada a nuestros clientes, de una manera clara.
Finalmente, con el ejemplo del Bloque Quirúrgico, podemos apoyarnos para comprender lo que se quiere decir respondiendo al CÓMO : Con información clara y aceptada, de manera quirúrgica eficaz, eficiente y a tiempo, con el fin de obtener resultados que satisfagan PLENAMENTE a los pacientes y que concuerden con la evidencia científica.

Si repasamos lo que se acaba de exponer en el párrafo anterior, vemos que estamos obligándonos a que nuestro procedimiento de actuación en el bloque quirúrgico debe cumplir una serie de requisitos como son los de cumplir con el derecho que tienen los pacientes a ser informados de tal modo que comprendan y acepten nuestro quehacer quirúrgico. Además nos obliga a que actuemos eficazmente porque nuestra destreza sea la precisa para su patología y que además lo hagamos con unos costes que estén dentro del marco de lo establecido y ya definido y de manera adecuada a los protocolos que existen en el consenso del ámbito médico-quirúrgico. De esta manera, el paciente/familia, obtendrá un resultado de plena satisfacción.

Una vez diseñada la Misión y después de haber respondido a la misma con su definición, tenemos que atender a nuestros clientes y conocer sus Necesidades. Estas necesidades afectan, en los procesos asistenciales, a todos los estamentos que atienden en el hospital a los pacientes, incluyendo celadores, administrativos,auxiliares y personal de enfermería, personal de limpieza, facultativos, y todos ellos deben estar coordinados interrelacionándose entre ellos, por lo que es conveniente un equipo de proceso con representación física de cada estamento. Las actuaciones deben estar definidas claramente para que cada estamento que entra en contacto con el paciente se haga responsable de sus acciones en el momento preciso. Es conveniente pormenorizar al máximo los requisitos necesarios para el cumplimiento de la acción para obtener un buen resultado. Es también de la misma conveniencia organizar y diseñar el Plan de Implantación de las acciones que se van a acometer, fijando fechas y responsables de su consecución.

Todo ello, se va diseñando en planillas confeccionadas al gusto de cada equipo de proceso en las que es preciso que se tengan presentes todos los elementos que se han mencionado con anterioridad.

¿Cómo se puede hacer la descripción del proceso y su organización? A la hora del diseño, cualquier método aprendido puede ser útil, pero quizás un Diagrama de Causa-Efecto, sea de lo más eficaz, con un diseño simple. Por ejemplo, poner en el final de la flecha las características de calidad de lo que queremos conseguir y en las "ramas de la espina", ver cómo los estamentos con sus acciones inciden sobre el resultado final. En el proceso de Hospitalización, definimos la PRE-ALTA y le marcamos unas características de calidad o requisitos: Tiene que ser avisada 24 horas previas al alta definitiva, con conocimiento de la familia, con las pruebas complementarias necesarias realizadas y teniendo la Asistencia Social el estudio hecho del riesgo. Esto nos obligará a que los administrativos hayan contactado con las ambulancias, la trabajadora social con las familias o residencias sanitarias, los facultativos con los servicios de Hematología y Radiología, las enfermeras, auxiliares y facultativos con los pacientes y familias, el informe pre-redactado…etc y de este modo se consigue hacer un Diagrama de Flujo sobre el que inciden todos los integrantes que influyen en el proceso, lo cual nos ayuda a su realización.

Todo queda ordenado fácilmente y ahora nos toca medir el proceso. Tenemos que conocer cómo lo estamos haciendo. Necesitamos indicadores tanto de actividad, como de resultado.

En aquellos puntos en los que se pueda producir un conflicto que altere el resultado de

eficacia y que afecte a la misión, deberíamos poner un indicador ya que el conocimiento del cómo lo hacemos es lo que nos lleva a la evaluación y podremos conocer nuestras desviaciones …o nuestros puntos fuertes.

Es importante que los clínicos, tanto facultativos como enfermeras, participen en la gestión de la calidad de sus procesos asistenciales y esta implicación debe conseguirse a través del conocimiento de los resultados de las autoevaluaciones a través de sus indicadores con resultados clínicos.

Por ejemplo, en el Hospital de Zumarraga, se mide en el Proceso Bloque Quirúrgico en relación con el PVPCIN:
- Porcentaje de pacientes protésicos de C.O.T. con infección urinaria < 5%
- Porcentaje de control ambiental de Qx sin contaminación > 95%
- Porcentaje de Cumplimiento de la Adecuación de la Profilaxis antibiótica: Indicación adecuada; Fármaco adecuado; Dosis adecuada; Inicio adecuado
- Porcentaje de Infección quirúrgica de la Cirugía electiva del colon
- Porcentaje de infección quirúrgica en el 1er implante de Prótesis de cadera
- Porcentaje de pacientes quirúrgicos con TVP o TEP en relación al cumplimiento de la profilaxis tromboembólica.

Estos indicadores, siempre interesan al clínico y nos están midiendo el proceso ya que nos indican si la preparación es la adecuada, si el bloque quirúrgico está bien preparado, si el anestesiólogo y el cirujano se sujetan a los protocolos y adecuan su actuación y si se ofrece seguridad a los pacientes. Tienen que tener conexión con la Misión.

Los indicadores, también es conveniente que tengan un diseño de una ficha y se debe dar la difusión necesaria para que lleguen a conocimiento de las personas implicadas en el proceso. De ese conocimiento surgirán las acciones de mejora.

Como final de esta Gestión por Procesos debemos tener en cuenta las necesidades que vamos a tener nosotros mismos como propietarios o gestores del proceso asistencial correspondiente.

No podemos trabajar solos. Ya hemos visto que en el mapa de procesos, necesitamos de una serie de procesos de apoyo, pero estos son del ámbito general del hospital. Necesitaremos sin lugar a dudas de los Servicios de informática, de recursos humanos, de cocina, de limpieza, de mantenimiento y de un largo etcétera, pero además precisaremos el apoyo de estos u otros servicios clínicos muy puntualmente y que sin su ayuda nos impedirán alcanzar el fin por el que estamos trabajando. Estas necesidades debemos gestionarlas con el servicio adecuado y manifestarle nuestra solicitud. Sentados, con el proceso delante, ambos servicios o equipos de proceso, deben acordar unos compromisos que han de estar bien consensuados para que todo llegue a buen fin. También aquí es conveniente diseñar unas fichas con las necesidades solicitadas y los compromisos acordados que estén firmadas bajo consenso por ambas partes y que son el testigo a la hora de una reclamación o desacuerdo.

Hemos visto a lo largo de toda la exposición que la Gestión por Procesos aplicada a los procesos asistenciales, es algo en lo que en el Hospital de Zumarraga estamos trabajando. Para ello, hemos necesitado de una formación en Gestión por Procesos que se ha adquirido por empeño de la dirección del centro ya que sin su empuje y facilitación es casi imposible que el personal de un centro sanitario, con todas las cargas de trabajo que tiene, desvíe su atención hacia esta política de gestión. Con la implantación de estos procesos asistenciales no se trabaja más sino que se trabaja mejor. Bien, es cierto que la puesta en marcha de toda la maquinaria de la calidad supone algo de esfuerzo que es necesario.

El modelo EFQM que está centrado en el proceso, necesita de unos agentes facilitadores para su desarrollo que como ya se ha indicado hace preciso la existencia de un liderazgo fuerte, con las ideas claras, que sea capaz de iniciar una estrategia para la implantación de una política de gestión de la calidad, en la que la delegación de responsabilidades a las personas de la organización (empowerment), tiene un papel importante, procurando tener

siempre muy presentes los recursos necesarios para la consecución de los fines y las alianzas a las que tenemos que recurrir para ello mismo.

Toda la política de esta gestión por procesos está encaminada a la valoración de unos resultados con unas amplias miras en las que no se descuidan ni los pacientes, ni el personal que trabaja en la institución ni la sociedad a la que en definitiva servimos. Con la evaluación de sus resultados, aprendemos y tras el aprendizaje seremos capaces de innovar y renovarnos para una mejora continua, sin mentiras.

Tengamos implantado en el Hospital un sistema de calidad o no lo tengamos implantado ¿No es necesario y obligatorio que conozcamos cuán bien o cuán mal lo hacemos? ¿Es que nuestros pacientes no tienen derecho a una información sobre la eficacia de lo que hacemos, sobre la adecuación de nuestras acciones médicas en la institución y sobre la seguridad que les ofertamos?. Pues… si no medimos, no podemos informar verazmente y para medir hay que gestionar y el modelo de excelencia EFQM es un modelo de gestión de la calidad muy válido en los procesos asistenciales que hace posible su implantación incluso en las unidades clínicas y en los Servicios Clínicos, fin que perseguimos con esperanza de alcanzar algún día ya no muy lejano.