

EVALUACIÓN INTERNA DE LA CALIDAD

Alberto Colina Alonso, Director Médico del Hospital de Zumarraga (Gipuzkoa)

IV Jornadas Científicas de la Asociación Andaluza de Inspección de Servicios Sanitarios
Benalmádena, 3-5 Octubre 2001

Introducción

El modelo de Excelencia de la EFQM se basa en la evaluación de la organización realizando un examen total y sistemático de las actividades y resultados de dicha organización y comparándola con un modelo de excelencia empresarial diseñado y revisado periódicamente por la EFQM, aplicando la mejora continua.

El modelo EFQM se fundamenta en que: “los resultados excelentes con respecto al rendimiento de la organización, a los clientes, las personas y la sociedad, se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia, el desarrollo de las personas de la organización, la optimización de todos los recursos, y la gestión sistemática y mejora de sus procesos (Figura 1).

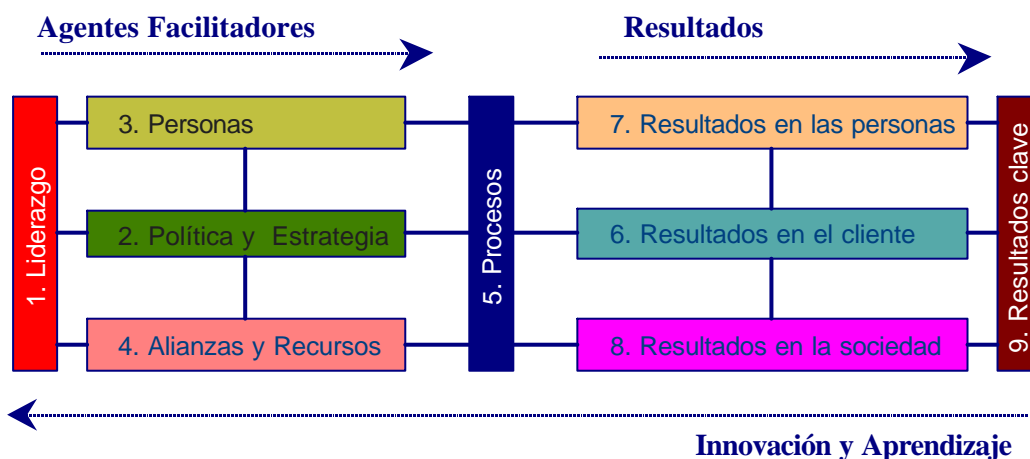


Figura 1.

El modelo se articula en torno a nueve criterios. Cinco de ellos son agentes facilitadores, lo que la organización hace, y cuatro hacen referencia a los resultados, lo que la organización logra. Estos criterios, y los 32 subcriterios en los que se subdivide, configuran un conjunto íntimamente relacionado entre sí mediante relaciones causa-efecto, la principal de las cuales es que los resultados obtenidos deben ser consecuencia de los criterios facilitadores.

Estas relaciones múltiples entre agentes y resultados, así como su análisis posterior, contribuyen a que el modelo sea dinámico y que la innovación y el aprendizaje sean un eje central del mismo como estímulo al mantenimiento de aquellos agentes facilitadores que dan lugar a una mejora de los resultados, o a la modificación de los mismos cuando no se constata esa relación.

El ciclo de la mejora continua (PDCA) es otro de los fundamentos básicos del sistema debiéndose aplicar tanto al sistema de gestión como a su concreción en acciones de mejora; programar las acciones, hacerlas, controlar sus resultados mediante mediciones, y ajustar las mismas en función de los resultados obtenidos, y ajustar las mismas en función de los resultados obtenidos, para volver a comenzar el ciclo incorporando las lecciones aprendidas. En el modelo 2000 el ciclo de mejora se denomina REDER, iniciales de resultados, enfoque despliegue, evaluación y revisión, atribuyendo un mayor énfasis al establecimiento previo de qué resultados se propone conseguir la organización.

El análisis mediante el modelo abarca de forma sistemática y completa todas las áreas de gestión en el hospital, así como las interrelaciones entre ellas, lo que aporta una visión integrada de todas las actividades de la organización difícil de establecer con otras herramientas.

La utilización del modelo desde hace unos años en la empresa sanitaria y especialmente en hospitales, así como su validación y difusión, está permitiendo un creciente consenso sobre su utilidad para la mejora de la calidad.

La utilización del modelo como herramienta de evaluación exige por tanto la aceptación previa de ciertos supuestos: La calidad y la excelencia afectan a toda la organización y deben ser un horizonte constante, la mejora continua debe aplicarse a todas las actividades de la organización, la calidad no es un programa al margen de los planes de gestión, sino que forma parte de los métodos de gestión de la organización y desde luego, que la calidad exige y comienza con el compromiso explícito del equipo directivo.

Autoevaluaciones

En nuestro Hospital se han realizado dos autoevaluaciones formales hasta la fecha mediante el modelo antiguo y una tercer sin consenso externo a finales de 1999 utilizándose el nuevo modelo de excelencia 2000.

Las actividades generales que mayor valor añadido han aportado al hospital han sido la selección y priorización de áreas de mejora de una forma racional y sistemática, así como la utilización del ciclo de mejora continua en el análisis de los criterios.

Como consecuencia de la segunda autoevaluación se priorizó como un área de mejora la del desarrollo de la gestión por procesos. La gestión por procesos ha supuesto un cambio fundamental en el sistema de gestión del hospital con la elaboración del mapa y diagramas de todos los procesos.

Durante estos años se han puesto en marcha numerosas acciones de mejora detectadas en las diferentes autoevaluaciones. Las acciones llevadas a cabo y que más han incidido en la mejora de las evaluaciones se pueden resumir de la siguiente forma en cada uno de los criterios:

- Liderazgo: dirección itinerante, definición y revisión de la Misión y Valores culturales, elaboración del Mapa de Procesos, Empowerment a los profesionales mediante el nombramiento de gestores de proceso.
- Política y estrategia: plan Estratégico y sistemas de revisión, Plan de Gestión anual incorporando en el 2000 las acciones según los procesos afectados, priorización de los Procesos Críticos.
- Personas: plan de recursos humanos, utilización de las Encuestas de liderazgo y clima laboral como guía para el establecimiento de líneas de gestión.

- Recursos: informatización de Sistemas de Información (económico, personal, clínicos, intranet), Planes de Proveedores.
- Procesos: certificaciones ISO, Gestión por Procesos (descripción de todos los procesos, diagramas, misiones e indicadores, DAFO de mejora, nombramiento de gestores).
- Resultados de Clientes: grupos focales, Encuestas de Satisfacción de Hospitalización, Pediatría, Urgencias, Consultas Externas, Médicos de Atención Primaria.
- Resultados de Personas: Encuestas de Clima Laboral y Liderazgo.
- Resultados Sociedad: fondo de Solidaridad 0,7%, Gestión de Residuos, programación en televisión local.
- Resultados Clave: mejora de indicadores asistenciales y económicos.

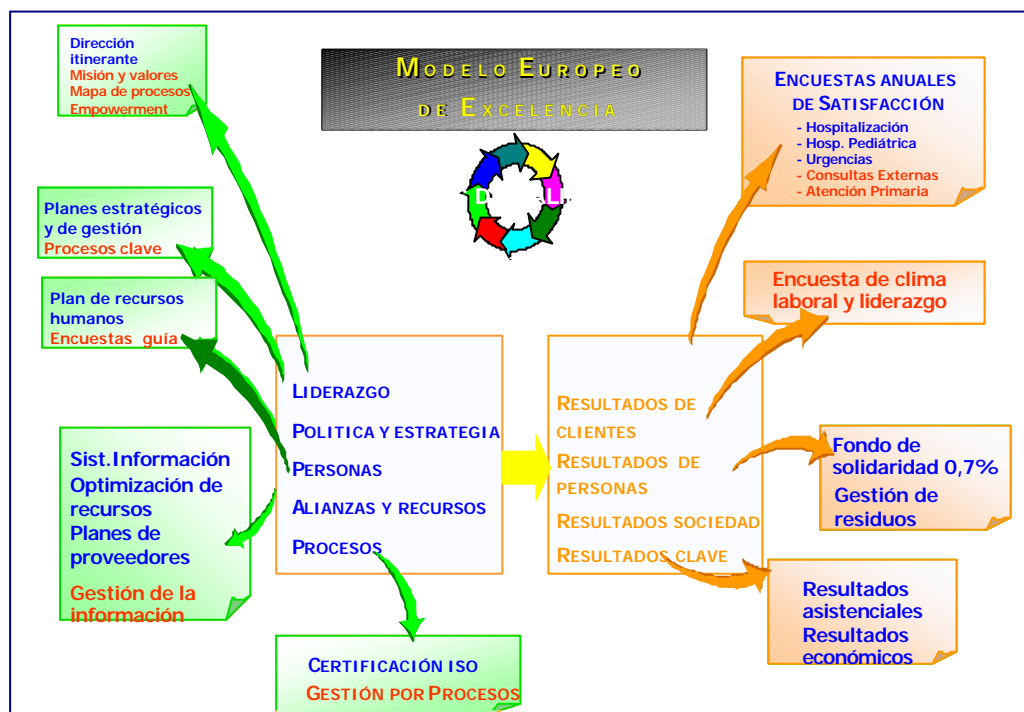


Figura 2

Evaluación Externa

Tras la autoevaluación de 1999 el Comité de Dirección del Hospital de Zumarraga estableció como un objetivo de sus Política y Estrategia la evaluación externa en el 2000; este objetivo se planteó como mecanismo de aprendizaje, impulso para el desarrollo de algunos criterios del modelo y estímulo para la mejora continua.

La memoria debía contemplar las características exigidas por EUSKALIT y la EFQM, siendo un documento semejante al presentado por los candidatos al premio europeo a la excelencia empresarial de la EFQM. Debe ser un documento comprensible para personas ajenas a la organización que describa de forma detallada las prácticas de gestión de la misma ordenadas según la estructura del modelo y aportando las evidencias e indicadores necesarios para su valoración en un máximo de 75 páginas.

EUSKALIT seleccionó un grupo de evaluadores independientes a los que remitió la memoria para su estudio y su evaluación mediante consenso y posterior visita al hospital.

El informe de evaluación supone una inestimable herramienta de mejora en la gestión por su calidad, objetividad y rigurosidad en un análisis externo por parte de expertos.

Dificultades habituales

Como en toda actividad nueva es frecuente encontrarse con dificultades o errores de enfoque al comenzar:

- Confusión entre modelo de evaluación/modelo de gestión
- Desequilibrio entre PDCA del modelo/PDCA real
- Tendencia a la justificación
- “Puntuacionitis”
- Ausencia de hechos documentados

Puntos fuertes

- Compromiso sólido e impulso desde el Comité de Dirección
- Buen momento y motivación
- Trabajo en equipo
- Compatibilidad del modelo con otros sistemas de certificación o acreditación
- Apoyo de EUSKALIT (Fundación Vasca para la Promoción de la Calidad).
- Evaluadores externos: es muy enriquecedor poder contar con el apoyo de expertos externos al hospital
- Apoyo de la Organización Central.

En nuestra opinión ha sido muy útil el aprendizaje del modelo y la experiencia adquirida con las diferentes evaluaciones realizadas nos ha servido para mejorar los planes anuales de gestión.