

Aplicación del Modelo Europeo de Calidad en Oncología

M. P. del Río^a, J. Feliu^b, I. Roch^b, A. Sánchez^b, A. Ordóñez^b, J. García-Caballero^c y M. González-Barón^b

^a Asesor externo. Economista. Máster en Gestión Pública y Recursos Humanos.

^b Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

^c Servicio de Medicina Preventiva y Unidad de Calidad. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Evaluar un servicio de Oncología Médica mediante el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM) adaptado al ámbito sanitario. Utilizar dicha herramienta como aprendizaje, oportunidad para la participación y base para revisar la planificación estratégica.

Material y métodos. Se utilizó como instrumento de evaluación el Modelo EFQM adaptado a centros sanitarios, que mantiene las puntuaciones y ponderaciones, modificando únicamente el vocabulario y simplificando aquello que no se estima relevante para dicho ámbito. El ejercicio se realiza mediante el sistema «proforma», cuya ventaja es que utiliza formularios estandarizados combinados con áreas abiertas para la discusión y exposición de ideas. Se utilizan sesiones grupales para la puesta en común y consenso. Período de estudio: gestión del año 2001. Evaluación realizada en el segundo trimestre del año 2002.

Resultados. Se identificaron 58 puntos fuertes y 37 oportunidades de mejora, a partir de los cuales se elabora un documento estratégico que sirve de base para discutir las acciones de mejora a implantar. La puntuación alcanzada se toma como referencia interna para monitorizar la evolución de la calidad del servicio.

Conclusiones. El modelo EFQM es aplicable a un servicio de Oncología Médica, aunque sería deseable disponer de indicadores de calidad estandarizados que permitan realizar una evaluación más objetiva y específica.

PALABRAS CLAVE: *European Foundation for Quality Management, EFQM, oncología, evaluación, mejora continua, calidad.*

Del Río MP, Feliu J, Roch I, Sánchez A, Ordóñez A, García-Caballero J, González-Barón M. Aplicación del Modelo Europeo de Calidad en Oncología. *Rev Clin Esp.* 2006;206(3):129-36.

Correspondencia: J. Feliu.
Servicio de Oncología Médica.
Hospital Universitario La Paz.
Paseo de la Castellana, 261.
28046 Madrid.
Correo electrónico: piau2@vodafone.es/Jfeliu.hulp@salud.madrid.org

Aceptado para su publicación el 4 de noviembre de 2004.

Application of European Model of Quality in Oncology

Objectives. To assess a Medical Oncology Service using a healthcare setting version of the European Foundation for Quality Management (EFQM). To use this tool as training, an opportunity for participation and the base for checking the strategic planning.

Material and methods. We use the EFQM Model adapted to healthcare centers EFQM as the evaluation instrument. It maintains scores and weights, only modifying vocabulary and simplifying that not relevant to the healthcare setting. Exercise was done with the «proform» system. Its advantage is that it uses standard formulas combined with open areas for discussion and presentation of ideas. It uses group sessions for agreement. Study period: 2001 Management. Evaluation was performed in the second term of 2002.

Results. 58 strengths and 37 areas of improvement were identified. These elements were used to create a strategic document, which served as the basis for future improvement. The score reached was used as an internal reference to monitor service quality evolution.

Conclusions. The EFQM model is applicable in a Medical Oncology Service, although it would be desirable to have standardized quality indicators that permit a more objective and specific evaluation.

KEY WORDS: European Foundation for Quality Management, EFQM, oncology, evaluation, continuous improvement, quality.

Introducción

En el ámbito de la atención sanitaria la calidad se puede definir como el grado en el cual los servicios de salud para un individuo o una población son capaces de incrementar y obtener los resultados deseados y éstos son consistentes con los conocimientos actuales de la ciencia y los recursos que la sociedad ha decidido destinar para ello¹.

Conocer el nivel de calidad de la atención que presta un servicio de especialidades de un centro hospitalario² pasa por valorar no sólo las necesidades técnicas (eficacia, efectividad, adecuación, etc.), sino también otros aspectos relativos a la calidad percibida, como: seguridad, fiabilidad, accesibilidad, capacidad de respuesta o empatía.

Para iniciar este camino es crucial identificar el estado de la organización desde el que se parte, saber qué se hace y cómo se hace. En este sentido, el Modelo de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM) es un instrumento de autoevaluación que ayuda a las organizaciones a identificar en qué punto se encuentran en el camino hacia la excelencia. Y lo hace desde dentro, pues este modelo se aplica por los mismos profesionales de cada unidad, lo que facilita la identificación de los puntos fuertes y de los que precisan de una mejora, con una clara orientación a los resultados y que, por añadidura, permite realizar comparaciones³.

Es, además, una base excelente para plantear las estrategias y actuaciones a seguir de cara al establecimiento y consecución de los objetivos y resultados, aconsejándonos sobre cómo debemos empezar a mejorar y cómo notaremos cuando realmente lo estemos consiguiendo.

El Modelo EFQM se ha utilizado tanto en empresas privadas como públicas y desde hace algunos años se viene aplicando también en la sanidad, por los altos niveles de exigencia que posee y la garantía de seriedad que reporta.

En este sentido, el Hospital Universitario La Paz ha iniciado un proceso de cambio dirigido hacia la excelencia asistencial, que permitirá adecuar su oferta de servicios a la demanda cada vez más exigente de nuestra sociedad. Para ello, los dos grandes ejes que rigen la actividad diaria del hospital son: la calidad, que representa el presente, y la investigación, cuyos frutos son fundamentales para el futuro de la ciencia biomédica. Uno de sus objetivos más ambiciosos es obtener la más alta calificación de entre los hospitales del país, según el Modelo Europeo de Calidad⁴.

Y en concordancia con este proyecto, el servicio de Oncología Médica decidió realizar una autoevaluación

con el objeto de medir la calidad global de su organización e identificar las áreas de mejora. Para ello se utilizó como herramienta el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total de la EFQM.

En este artículo tratamos de mostrar la experiencia obtenida por un servicio de Oncología Médica, en la aplicación del Modelo Europeo de Calidad, descubriendo las dificultades e inconvenientes encontrados en el camino y cómo fueron tratados.

Material y métodos

El personal de este servicio lo componen un total de 48 profesionales. Doce pertenecientes al equipo médico (8 titulares y 4 residentes), y 34 repartidos en dos equipos de enfermería, uno para el Hospital de Día y consultas (con 5 enfermeras y 5 auxiliares de enfermería) y otro para la planta (con 14 enfermeras y 9 auxiliares), todos ellos asistidos por tres secretarias y un celador.

Guiados por un asesor externo (primera autora, economista y estudiosa de la calidad y su implantación en la gestión pública), 15 integrantes de dicho servicio se prestaron a participar voluntariamente en el ejercicio de autoevaluación, de los cuales tres pertenecían al equipo directivo y otro era mando intermedio. Por grupos profesionales, el equipo evaluador se compuso por 9 médicos, 4 enfermeras y dos auxiliares de enfermería. De ellos, el 20% participó previamente en un curso de aprendizaje sobre el modelo EFQM.

El Modelo EFQM es un modelo de calidad total, es decir, que valora todo aspecto que considera oportuno para obtener una visión global de la organización. Para ello distingue entre aspectos que definen lo que la organización está haciendo y cómo (criterios Agentes), de aquellos que reflejan los resultados de dicha gestión (criterios de Resultados). Liderazgo, estrategia, recursos humanos, alianzas y procesos son los denominados Agentes; los criterios de Resultados son cuatro: resultados en el personal, en los usuarios (pacientes y otras unidades internas en relación de dependencia), en la sociedad y resultados clave (de tipo económico y asistencial). Cada criterio se subdivide a su vez en diversos subcriterios, con la finalidad de ahondar en los aspectos más relevantes que lo determinan. Asimismo, el modelo otorga un peso diferente a cada uno de los 9 criterios (fig. 1)⁵, según el cual los criterios procesos, satisfacción del usuario y resultados clave son cruciales.

Para su aplicación se optó por una adaptación al sector sanitario del Modelo Europeo de Calidad⁶, concebido como un

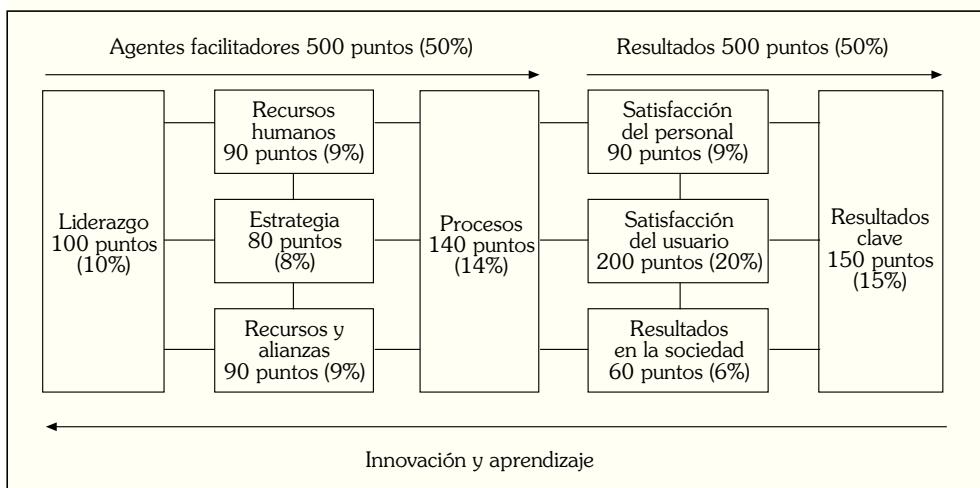


Fig. 1. Modelo Europeo de Calidad adaptado a centros sanitarios.

sistema para que todo tipo de organizaciones sanitarias puedan identificar los puntos fuertes y débiles de su gestión, y tras ello inicien un proceso de mejora continua.

El ejercicio se realizó mediante uno de los sistemas posibles, el denominado «proforma»⁷, que si bien no es el más sencillo, sí es el que consideramos más pertinente por su doble visión: la guiada, mediante un formulario estandarizado, y la abierta, permitiendo anotar todo aquello que, con relación al criterio que se trate, se hace bien (puntos fuertes) y lo que se precisa mejorar (áreas de mejora), incluyendo las evidencias existentes al respecto. Con ello se consigue que cada integrante del equipo evaluador exponga abiertamente los motivos que le parezcan oportunos para corroborar la puntuación (entre 0 y 100) con la que después del ejercicio anterior valorará cada criterio del modelo.

No debe faltar la figura del moderador, que actúa como conductor y regulador de las sesiones, controlando el cumplimiento de los tiempos y objetivos de cada reunión; en nuestro caso esta función fue asumida por el asesor externo. La valoración final se consensúa con la finalidad de permitir el acercamiento de las posturas más divergentes. Existe la posibilidad de hacerlo matemáticamente, pero no es aconsejable, pues no contribuye al proceso posterior de acordar las acciones de mejora a implantar. Así, el proceso de puntuación permite no sólo que una organización pueda obtener una comparación⁸ de su situación con respecto a otras, tanto del conjunto como de cada uno de los criterios, sino que también hace del proceso un repaso ordenado, lógico y sistemático de su situación.

Por último se exponen las propuestas de mejora que cada participante considere oportunas para seguidamente acordar las acciones de mejora a implantar (fig. 2).

Durante tres meses se realizaron tantas sesiones de aproximadamente 90 minutos como criterios a evaluar, es decir, 9, a las que se añadieron dos más, una para presentar el modelo y otra al final para mostrar los resultados comentando las conclusiones. En este punto debemos recordar que es muy importante agradecer a todos los que hayan colaborado en el proceso sus aportaciones, así como informar a todos ellos del resultado del ejercicio, pues de esta forma se sentirán parte del mismo y les motivará para futuras colaboraciones.

Resultados

Si bien hemos comentado que el equipo inicial lo formaban un total de 15 miembros del servicio, tras algunas sesiones de autoevaluación dejaron de asistir

5 (33%). Dos por obligaciones asistenciales y otros tres por escepticismo.

A continuación comentamos, para cada criterio, las fortalezas y debilidades encontradas como consecuencia del análisis realizado por el equipo evaluador. Con respecto a los criterios denominados «Agentes» los resultados son los siguientes:

Criterio 1. Liderazgo

Se analiza de qué manera el jefe de servicio, el jefe de sección y las supervisoras (en nuestro caso dos) gestionan el servicio y se involucran en la consecución de los objetivos.

Puntos fuertes

Al frente del servicio tenemos un personal cualificado que se siente comprometido y que trabaja hacia un objetivo conjunto: la asistencia de Calidad mediante la organización, la formación y el planteamiento de nuevos proyectos. La inclusión dentro de las actividades del servicio de la docencia nos ofrece la oportunidad de compartir ciencia, conciencia y experiencia. El jefe de servicio reconoce pública e individualmente la labor asistencial e investigadora llevada a cabo.

Áreas de mejora

La asistencia de Calidad debe formalizarse en objetivos comunes y concretos, en acciones conjuntas que se puedan revisar y evaluar. Para ello es fundamental, por un lado, reflejar por escrito la Misión, Visión y Valores del servicio, y por otro, priorizar los objetivos y mejorar la comunicación. Se vio necesario impulsar la formación de la Enfermería y desarrollar sesiones comunes con el área Médica.

Criterio 2. Estrategia

Se mide la adecuación de la Misión, Visión y Valores y en concreto de las actuaciones del servicio al Plan de Calidad de la Comunidad de Madrid.

Puntos fuertes

La estrategia se basa en la promoción de una asistencia con un alto nivel científico-técnico y de gran calidad humana, que se materializa en:

- 1) Un incremento de los pacientes atendidos en consulta en un 30%. Cabe resaltar que está contemplada la asistencia sin cita previa de uno o dos enfermos por día.
- 2) Una organización del Hospital de Día para que los tratamientos más largos se realicen en una única jornada.
- 3) La asimilación del área de Cuidados Paliativos.
- 4) La organización del personal médico en equipos de tratamiento según las distintas patologías.
- 5) La reorganización de los tiempos de trabajo de la Planta, en lo que han denominado «Planificación Antiestrés», cuyo resultado más visible es la reducción del cansancio.

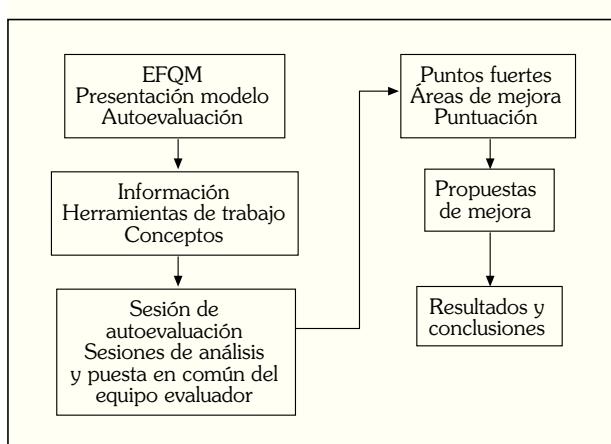


Fig. 2. Metodología.

- 6) La reordenación del espacio-enfermera en el Hospital de Día.
- 7) La autoevaluación informal, pero sistemática de la gestión de los equipos de Enfermería.
- 8) La elaboración de información escrita sobre la quimioterapia con recomendaciones para los enfermos y familiares.

Áreas de mejora

Las políticas y estrategias de la organización deben estar perfectamente descritas y han de ser conocidas por todos los profesionales. Se reconoció la necesidad de establecer una serie de indicadores que reflejen la calidad del servicio de una forma estandarizada, así como su evaluación periódica. Además se consideró necesario reorientar la estrategia del servicio para mejorar la calidad percibida por el paciente y sus familiares.

Criterio 3. Recursos humanos

Cómo gestiona, desarrolla y aprovecha el servicio el conocimiento y potencial de las personas que lo componen, tanto individualmente como en su conjunto.

Puntos fuertes

Un equipo médico cualificado que desarrolla sus funciones en un buen clima laboral. Se emplean las sesiones clínicas para acceder al conocimiento y compartirlo.

Áreas de mejora

Las encuestas de calidad de vida profesional son de gran utilidad para alertar sobre aspectos susceptibles de mejora. Sin embargo, estaba clara la necesidad de implantar la carrera profesional, un mayor desarrollo del potencial individual y más formación para enfermería, así como un mayor esfuerzo en la comunicación.

Criterio 4. Recursos y alianzas

Se estudia el desarrollo y gestión de alianzas, recursos económicos y financieros, materiales, equipos, tecnología, información y conocimientos del servicio.

Puntos fuertes

Se realizan sesiones periódicas con diversos servicios de cirugía, otorrinolaringología y urología. Se trabaja en la elaboración de protocolos consensuados de quimiorradioterapia con el servicio de radioterapia. Existe una buena relación interservicios por parte de la enfermería. Por su parte el jefe de servicio desarrolla numerosos contactos con los grupos de interés. La introducción de las tecnologías de la información, con fondos propios, ha permitido mejorar su gestión. Las nuevas instalaciones para el Hospital de Día y consultas ofrecen mayor espacio y comodidad.

Áreas de mejora

Siempre son mejorables las relaciones interservicios, sobre todo si se trata de comunicación. Desarrollar un Plan de Prevención de Riesgos Laborales y utilizar señalización estandarizada fueron temas discutidos para su mejora.

Criterio 5. Procesos

Forma que tiene el servicio de diseñar, gestionar y mejorar sus procesos para apoyar su estrategia y atender cada vez mejor a sus usuarios y otros grupos de interés.

Puntos fuertes

Resalta la alta participación en ensayos clínicos multicéntricos y colaborativos en el ámbito nacional e internacional que permite la constante actualización de los procesos de tipo asistencial. Por parte de la enfermería se realiza una continua adaptación de las técnicas de atención al paciente a medida que se detectan problemas (extravasaciones, etc.). De otro lado, una buena organización interna y un espíritu proactivo les permite permanecer sin lista de espera y ofrecer información protocolizada verbal y escrita, a cada paciente y a sus familiares, con un diseño propio.

Áreas de mejora

Iniciar la protocolización de procesos en Enfermería. Introducir indicadores.

A partir de aquí comienzan los criterios que analizan los resultados del servicio como consecuencia de la puesta en práctica de todo lo expuesto con anterioridad.

Criterio 6. Satisfacción del usuario

Este criterio analiza qué logros está alcanzando el servicio en relación con la satisfacción de sus usuarios (pacientes y familiares y otros servicios del hospital) comparando las expectativas de los mismos con lo que el servicio les ofrece.

Puntos fuertes

Las encuestas de satisfacción permiten identificar los aspectos que los usuarios desean ver mejorados, así como el efecto de los cambios, que se van introduciendo en la organización. Los resultados globales de dicha encuesta de satisfacción en La Paz con respecto al servicio de Oncología Médica indican que la mayoría de los pacientes encuestados, el 82%, están satisfechos con la atención recibida y un 78% lo recomendaría a otras personas. Los aspectos a destacar por ser mejores de lo que el usuario esperaba son: la confianza y seguridad que transmiten los profesionales, esto es, la capacitación y el interés por ofrecer lo que se les requiere; el interés que proyecta el personal de Enfermería, el trato personalizado y amable, la información recibida, los medios técnicos disponibles y la identificación del personal (tabla 1).

TABLA 1
Resultados de la Encuesta de Satisfacción en el Servicio de Oncología Médica

Resultados en %	Mucho peor (1)	Peor (2)	Como esperaba (3)	Mejor (4)	Mucho mejor (5)	Suma 4 + 5*	Comparativa** c.r.a. media hospital
Tecnología			25	35	40	75	Superior
Personal (limpieza y uniforme)			43	24	33	57	—
Señalizaciones	5		48	19	29	48	—
Interés del personal por cumplir lo que promete	25	—	25	30	45	75	—
Habitaciones (apariencia y comodidad)	25	25	40	10	10	10	Inferior
Información médica	5		43	24	29	53	—
Atención (tiempo espera)	5		38	38	19	57	—
Accesibilidad al hospital	5	5	38	29	24	53	—
Interés del personal por solucionar problemas		5	33	19	43	62	—
Puntualidad consultas médicas		10	43	38	10	48	—
Disposición del personal. Ayudar cuando se necesita			19	38	43	81	—
Confianza que el personal transmite a los pacientes			10	50	40	90	Superior
Personal (amabilidad)			19	29	52	81	—
Personal (capacitación) para realizar su trabajo			24	33	43	76	—
Trato personalizado			20	30	50	80	—
Capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes			24	33	42,9	76	—
Interés de enfermería			4,8	33,3	61,9	95	Superior

* Suma que indica el porcentaje de respuestas positivo por encima de lo que el que responde esperaba. ** Comparativa con el análisis global del hospital con respecto al mismo dato. El margen que se ha dado para considerar superior o inferior es de -10, +10 puntos porcentuales.

Áreas de mejora

La hostelería de la planta de ingresados es el mayor motivo de insatisfacción, seguido por la adecuación de los horarios de citación en consulta con el tiempo real de atención.

Criterio 7. Satisfacción del personal

En estrecha relación con el criterio Recursos Humanos, las actuaciones en aquél contempladas verán reflejadas sus consecuencias en éste. Se evalúa de qué manera el servicio cuida su personal mediante el compromiso, la comunicación, la retribución y el reconocimiento.

Puntos fuertes

Se da un sentimiento de satisfacción por la pertenencia a este servicio, que junto con un trabajo en equipo bien organizado conduce a un absentismo laboral reducido. Se buscan mejoras en la organización y en la formación. Se da respuesta a las demandas y sugerencias planteadas, aunque no siempre sean tenidas en cuenta o solucionadas, además de un trato personalizado y reconocimiento al esfuerzo realizado.

Áreas de mejora

Impulsar la delegación de tareas y la comunicación interna. Fomentar la formación para la enfermería y mejorar las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo. Usar métodos de medición, directa o indirecta, de la satisfacción del personal. Implicar y motivar a los colectivos menos involucrados, para reducir su absentismo. La casi inexistente movilidad vertical (ascensos) provoca frustración en el personal.

Criterio 8. Resultados en la sociedad

Se mide el impacto del servicio en la sociedad en aquellos temas que no están relacionados ni con sus responsabilidades ni con sus obligaciones normativas. La sociedad, en nuestro contexto, se puede referir, mayoritariamente, al entorno sanitario.

Puntos fuertes

Participación en diversas organizaciones y asociaciones: Grupo Cooperativo ONCOPAZ, Grupo ASTHENOS, Programa ONCOMOL, entre otros. Difusión de información relevante para la comunidad mediante los canales de docencia, con una cátedra de patrocinio y un Máster en Cuidados Paliativos, programas de residentes, de pregrado, de enfermería y cursos para especialistas y médicos de familia. Presentación de los libros elaborados por el servicio en los medios de comunicación. Participación en espacios de radio y televisión: «La Rebotica», entre otros. Ponencias, conferencias, simposios y congresos. Publicaciones frecuentes en revistas especializadas. Reducción de residuos tóxicos por el uso preferente de tratamientos orales frente a otros más contaminantes.

Áreas de mejora

Ampliar y/o mejorar la colaboración con los profesionales de Atención Primaria para incidir directamente sobre la detección rápida y precisa de la enfermedad. Perfeccionar la atención integral del enfermo neoplásico.

Criterio 9. Resultados clave

Se analizan los resultados de la gestión.

Puntos fuertes

Se alcanzan los objetivos fijados tanto por la Dirección del Hospital como internos: la estancia media hospitalaria se sitúa por debajo de la media de la Comunidad de Madrid y la supervivencia global de los enfermos se posiciona al mismo nivel que la comunicada por otros centros de referencia (tabla 2).

Son pioneros en prácticas de asistencia tipo paliative, apoyo psicológico, etc. Imparten un Máster en Cuidados Paliativos y trabajan conjuntamente con los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), en colaboración con el equipo de Nutrición del Hospital, promocionando y apoyando la atención domiciliaria de los enfermos oncológicos.

Obtuvo un premio a la excelencia de ASCO y primer premio SEOM a la investigación, con la concesión de tres FISS y una media anual en los últimos años de dos tesis doctorales.

Áreas de mejora

Elaboración de indicadores de calidad, coherentes, relevantes y factibles como la Supervivencia libre de enfermedad, el tiempo libre de progresión del tumor y el alivio del dolor, reflejándolos en una memoria anual sobre la gestión del servicio. Fijación de objetivos y estándares para los mismos. Medición y evaluación continua. Reducción del número de ingresos por toxicidad atribuible al tratamiento. Incorporar una sistemática de evaluación.

En las tablas 3 y 4 se resumen los puntos fuertes y áreas de mejora recogidos durante la autoevaluación.

TABLA 2
Datos del servicio de Oncología Médica
del Hospital La Paz para el año 2001

Consultas externas

Demora media en consulta (días)	12
S/P (sucesivas/primeras)	14,6

Hospitalización

Estancia media (días)	9,2
GRD	50
Índice de complejidad	0,95
IEMA (estancia media ajustada)	1
Informes alta enviados a codificación	100%

GRD: grupos relacionados por procesos; IEMA: índices de estancia media ajustada.

Supervivencia global de los principales tumores a los 3 años según el estadio

	Cáncer de pulmón	Cáncer de colon	Cáncer de mama
Estadio I	80%	100%	90%
Estadio II	56%	89%	79%
Estadio III	12%	72%	63%
Estadio IV	5%	15%	21%

TABLA 3
Puntos fuertes

	Puntos fuertes
Liderazgo	Objetivo conjunto: la calidad asistencial Compromiso y profesionalidad de los directivos Motivación mediante organización, formación y nuevos proyectos
Estrategia	Liderazgo en investigación. Referencia en el campo de los tumores óseos Orientación al paciente: inexistencia de lista de espera (\uparrow 30 % asistencia) Promoción de una asistencia de alto nivel científico-técnico y gran humanismo Mejoras continuas en la organización (planificación antiestrés, etc.) Autoevaluación sistemática de la gestión de los equipos de enfermería
Recursos humanos	Trabajo en equipo. Compañerismo Reconocimiento individual y público de la labor asistencial e investigadora
Recursos y alianzas	Uso de recursos propios para incorporación de nuevas tecnologías
Procesos	Buena relación con grupos de interés Constante actualización de procesos y adaptación de técnicas de asistencia Buena organización interna. Espíritu proactivo. Planning que funciona Información protocolizada a pacientes y familiares, con diseño propio Usuario satisfecho por encima de sus expectativas
Satisfacción del usuario	Se destaca la fiabilidad, amabilidad, interés, trato personal e información que ofrece el personal del servicio a sus pacientes y familiares
Satisfacción del personal	Buen clima laboral. Absentismo reducido y delimitado Sentimiento de satisfacción por la pertenencia al servicio Se escucha al personal y se intenta dar trato personalizado
Resultados en sociedad	Excelente proyección exterior (docencia, radio y televisión, publicaciones, ponencias) Miembros de ONCOPAZ y fundación de la misma por el jefe de servicio Participación en ONCOMOL y Grupo ASTHENOS, entre otros Premio al Médico del Año Premio a la Excelencia de ASCO. Premio a la investigación de SEOM Concesión de tres FISS y media anual de dos tesis doctorales
Resultados clave	Objetivos cumplidos por encima de la media nacional del Insalud Pioneros en prácticas de asistencia. Máster en Cuidados Paliativos Promoción y apoyo a la atención domiciliaria, equipos ESAD Obtención de diversos premios a la investigación, divulgación y excelencia

Como culminación del proceso se ha elaborado un documento final que recoge los acuerdos sobre acciones concretas de mejora a desarrollar. El Documento Estratégico se presenta en la tabla 5.

Discusión

El Modelo EFQM es una herramienta de gestión de probada utilidad para desarrollar el proceso de auto-

TABLA 4
Posibles áreas de mejora

	Áreas de mejora
Liderazgo	Misión, visión y valores por escrito y revisados periódicamente Formalización y priorización de objetivos. Comunicación Impulso a la formación de la enfermería. Desarrollar sesiones conjuntas
Estrategia	Formalización de la estrategia por escrito para su posterior despliegue Obtención de indicadores de calidad coherentes, relevantes y factibles Ampliación del horario de consulta Medición de la satisfacción del personal
Recursos humanos	Formación para enfermería Comunicación
Recursos y alianzas	Plan de prevención de riesgos laborales Uso de señalización estandarizada
Procesos	Aplicar los cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo Hostelería de la planta 14 (competencia de la dirección)
Satisfacción del usuario	Adecuación horario de citación en consulta- tiempo real de atención Impulsar la delegación y la comunicación interna Seguridad e higiene en el trabajo Participación y motivación de los colectivos menos involucrados Medición directa o indirecta
Satisfacción del personal	Colaboración con Atención Primaria sobre detección precisa y precoz. Perfeccionar la atención integral del enfermo
Resultados en sociedad	Elaboración indicadores de calidad: supervivencia, tiempo libre de progresión del tumor, alivio del dolor Implantación de objetivos y estándares para dichos indicadores Medición y seguimiento Reducción de los ingresos por toxicidad atribuible al tratamiento Sistematica de evaluación Memoria de gestión del servicio en la que se refleje lo anterior
Resultados clave	

evaluación y mejora continua desde una visión de la calidad total. Un punto importante y que, a su vez, le otorga una mayor credibilidad es que se apoya directamente en el trabajo y la participación de los que día a día están en contacto con el paciente.

Si bien el modelo adaptado facilita su utilización por simplificar y emplear un lenguaje más próximo que el original, todavía resulta compleja su aplicación⁹. Uno de los problemas con los que nos encontramos fue la baja representación dentro del equipo evaluador de los colectivos de enfermería, auxiliares y administración, lo que pudo inducir un sesgo en las valoraciones, especialmente en lo relativo a la satisfacción del personal. Sin embargo, aunque no se puede descartar que esto pueda ser cierto, los resultados finales demuestran que desde la visión general aportada por los integrantes del equipo se obtuvieron numerosas oportunidades de mejora, así como el reconocimiento de diversos puntos fuertes. Además, resultó muy ventajoso que el jefe de servicio y las supervisoras formaran parte del grupo de trabajo, ya

TABLA 5
Documento estratégico

Criterios	Puntos fuertes	Áreas de mejora
Liderazgo	5	10
Estrategia	9	3
Recursos humanos	4	3
Recursos y alianzas	4	3
Procesos	6	2
Satisfacción del usuario	10	2
Satisfacción del personal	4	5
Resultados en la sociedad	9	2
Resultados clave	7	7
Totales	58	37
Acciones de mejora propuestas (11)		
Habitabilidad de la planta de ingresados		
Reorganización de las tareas por tiempos para el personal auxiliar de enfermería		
Planes de formación concentrando en el mismo, tanto las necesidades particulares como las de colectivo		
Información escrita estandarizada tipo díptico o tríptico sobre la quimioterapia y algunas recomendaciones		
Formación para familiares y cuidadores en asistencia básica a los enfermos en su propio domicilio		
Desarrollo de protocolos: control del sufrimiento y actualización de la quimioterapia		
Ampliar colaboración con Atención Primaria para incidir sobre el diagnóstico precoz		
Implantación de indicadores para la medición de la supervivencia, el tiempo libre de progresión del tumor y el alivio del dolor.		
Fijación de objetivos y estándares		
Reducción del número de ingresos por toxicidad atribuible al tratamiento		
Evaluación sistemática		
Memoria de gestión del servicio reflejando todo lo anterior		

que con ello se garantizaba su compromiso con los resultados, convirtiéndolos en impulsores de las mejoras.

No obstante, el principal problema con el que nos encontramos fue la dificultad para valorar los criterios cuando el servicio tiene o realiza, en gran parte, lo que se requiere, pero no deja constancia por escrito. En particular, la falta de una estrategia plasmada por escrito, el que no todas las actuaciones protocolizadas estén documentadas y, sobre todo, la carencia de indicadores de calidad estandarizados y específicos para toda la comunidad oncológica nos indujo inevitablemente a valorar los resultados basándonos en algunos indicadores del Sistema Nacional de Salud, como la estancia media hospitalaria, la estancia media ajustada a proceso, etc., referidos principalmente a pacientes hospitalizados. Para tratar de obviar este problema se utilizaron los resultados obtenidos en nuestros pacientes referentes a supervivencia global, tiempo libre de progresión, toxicidad, etc., y se compararon con datos publicados sobre los mismos para las distintas patologías. En cualquier caso, es necesario que cada especialidad defina, consensúe y utilice indicadores de resultados que reflejen su propia realidad asistencial y que puedan aplicarse de forma homogénea y reproducible¹⁰. En este sentido cabe señalar que la Sociedad Americana de Oncología ha

propuesto algunos indicadores para el cáncer de colon y mama¹¹.

Otra dificultad que encontramos fue la evaluación de la satisfacción del usuario¹², que, por otra parte, es el aspecto más valorado del Modelo EFQM. Para ello nos basamos en el estudio realizado anualmente por la Unidad de Calidad del hospital que aplica la escala SERVQHOS¹³. Esto implica un nuevo sesgo, ya que el criterio «satisfacción del usuario» sólo se valoró en enfermos ingresados y no en pacientes ambulatorios, que son los que representan el mayor peso asistencial en un servicio de Oncología.

Con independencia de la puntuación obtenida, lo verdaderamente importante es que esta forma de auto-evaluación representa una buena vía para discutir entre todos sus componentes, de una forma sistematizada, la situación del servicio e identificar lo que se hace bien y aquello susceptible de mejora. Esto permite implicar a todos los participantes en la política de calidad del servicio. Sin embargo, este esfuerzo de poco sirve si tras la evaluación no existe la voluntad y la posibilidad de aplicar planes de mejora con el apoyo continuo y decidido del equipo directivo y la implicación de la dirección del hospital. Del mismo modo, el análisis no tendrá las repercusiones esperadas si no se realiza con cierta periodicidad, para evaluar si efectivamente estamos mejorando y cómo podemos seguir haciéndolo.

No debe olvidarse que la excelencia, la innovación y la anticipación son las tres claves del éxito en el futuro de las organizaciones. Además, la excelencia, según Baker, será la clave del éxito sólo durante pocos años. Después será la puerta de entrada el requisito

previo para cualquier organización. Sólo la búsqueda y el aprendizaje continuo serán la forma de seguir sobreviviendo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lázaro y de Mercado P, Marín León I. Evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria. Curso de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Santander. Junio;1997.
2. Gené-Badia J, Jodar-Solá G, Peguero-Rodríguez E, Contel-Segura JC, Moliner-Molins C. The EFQM excellence model is useful for primary health care teams. *Family Practice*. 2001;18:407-9.
3. Rodríguez A. El modelo EFQM aplicado a los centros de salud. Centro de Salud (revista electrónica); 2001. p. 9. Disponible en: <http://www.medy-net.com/elmédico/publicaciones/centrosalud9/549-551.pdf>
4. Información tomada de la página web del hospital La Paz: <http://www.insalud.es/hulp>
5. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupo M, Mira J, Palacio F, Ignacio E, et al. Autoevaluación de Centros Sanitarios. Proyecto de investigación financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS 98/214). Merk Sharp & Dome España; 2001. p. 1-160.
6. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupo M, Mira JJ, Ignacio E, Palacio F, et al. Adaptación de un modelo de calidad total a las Instituciones Sanitarias Españolas. *Calidad Asistencial*. 2000;15:184-91.
7. Centeno G, González E, Hidalgo A, Paz LM, Ruiz J, Zurita MJ, et al. Guía de Autoevaluación para la Administración Pública: Modelo Europeo de Gestión de Calidad 2000. Ministerio de Administraciones Públicas, Secretaría General Técnica y Boletín Oficial del Estado. Madrid; 2000. p. 87-96.
8. Peiró S. Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:119-30.
9. Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez Marín J, Aranzaz J, Sitges E. La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Calidad Asistencial*. 1998;13:92-7.
10. Collopy BT. Clinical indicators in accreditation: an effective stimulus to improve patient care. *Int J Qual Health Care*. 2000;12:211-6.
11. Schneider EC, Epstein AM, Malin JL, Kahn KL, Emanuel EJ. Developing a system to assess the quality of cancer care: ASCO's National Initiative on Cancer Care Quality. *J Clin Oncol*. 2004;22:2985-91.
12. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Calidad Asistencial*. 2000;16:276-9.
13. Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, Casas R, Rodríguez L, García Caballero J. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Calidad Asistencial*. 2003;18:263-72.