
Método de implantación de una acción de mejora en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria

Modesto Martínez-Pillado^a, Domingo Méndez^b,
José Luis Trabado^b, Felipe Martín Casañas^b, Sara Ramos^c,
Candelaria Coello^d y Juan José Afonso-Rodríguez^e

^aSubdirector de Innovación y Procesos. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

^bServicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario
Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. ^cSupervisora Sala de Partos.
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

^dSupervisora Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria.
Santa Cruz de Tenerife. ^eGerente. Hospital Universitario Ntra. Sra.
de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

En el sector sanitario asistimos a un creciente número de experiencias de autoevaluación de acuerdo al modelo EFQM. Este trabajo muestra el proceso seguido en un hospital público de 900 camas localizado en Tenerife, Islas Canarias, en la aplicación de los criterios del modelo EFQM y el proceso para dinamizar el centro donde una experiencia similar había fracasado 5 años antes.

Material y métodos. Tras una autoevaluación con el modelo EFQM se identificaron un conjunto de puntos fuertes y áreas de mejora. De las 10 priorizadas, la selección de indicadores para evaluar el core business del centro fue la más destacada. Después de valorar diferentes alternativas, según los criterios impacto, esfuerzo y resultados, se focalizó en los principales procesos del centro que cursaran con hospitalización. Dado que dos de esos procesos estaban vinculados al Servicio de Ginecología, se constituyó un grupo entre facultativos, enfermería, gestores y técnicos para la selección de indicadores de parto, cesárea e hysterectomía.

Resultados. Siguiendo los criterios de accesibilidad, adecuación, riesgo, eficiencia, satisfacción y efectividad, el equipo de trabajo seleccionó 14 indicadores para la evaluación de parto, cesárea e hysterectomía.

Conclusiones. La aplicación del modelo EFQM requiere realizar cambios previos en los servicios de soporte a la gestión. Nos permitió encontrar un foro común, donde facultativos, enfermería, gestores y técnicos pudieron encontrar no sólo nuevos indicadores, sino una nueva forma de ver las cosas para trabajar con un método.

Palabras clave: EFQM, auto-evaluación, gestión total de la calidad.

Summary

An increasing number of self-evaluation experiences developed in the health care sector in Spain with the application of the European Foundation for Quality Management Excellence Model –EFQM is being seen. This work shows the process of applying the EFQM criteria to a 900 beds public hospital in Tenerife, Canary Islands as well as the process to dynamize the hospital where a previous process in the same model had failed five years before.

Methods. After a self-evaluation with the EFQM model, the organization identified a combination of strong points and areas of improvement. A total of 10 areas of improvement were selected to be carried out, that of the selection of indicators to evaluate "core business" of the site standing out the most. After evaluating the different alternatives, according to the criteria of impact, effort and results, focus was placed on the main processes with hospitalization of the site. Given that these processes belonged to the Gynecology Department of the hospital, a team formed by doctors, managers, nurses and technicians was formed to select the indicators for delivery, caesarean and hysterectomy.

Results. According to accessibility, adequacy, risk, efficiency, satisfaction and effectiveness, the work team selected 14 indicators for evaluation of the caesarean, delivery and hysterectomy.

Conclusions. Application of the European Foundation for Quality Management Excellence Model requires previous changes in the clinical management support. It allows us to find a common panel where doctors, nurses, managers and technicians not only can find new indicators but also a new point of view in order to work with a method.

Key words: Application of the European Foundation for Quality Management Excellence, self-assessment, total quality management.

Para gestionar se necesita saber (*¿qué hay que hacer?*), un *mix* de voluntad (*querer*), planificación (*por dónde*) y organización (*cómo*). A la vez es necesario ejecutar (*hacer*) y controlar (*evaluar*). Si se sabe y no se hace, o se definen objetivos y no se avanza, se queda en teoría sin práctica. Si no se evalúa se desconoce en qué punto se está, y por tanto, hacia dónde se quiere ir. En el modelo EFQM de gestión de la calidad la voluntad equivale al liderazgo; el qué y el por qué se relacionan con políti-

ca y estrategia. Los procesos se ligan al cómo y los medios para realizarlo son personas y recursos.

El Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria (HUNSC) fue inaugurado hace 40 años. Es el centro de referencia para más de 460.000 habitantes, y entre su cartera de servicios destaca ser el hospital regional para el trasplante de hígado. Cuenta con más de 3.600 trabajadores, 22 quirófanos y un presupuesto cercano a los 240 millones de euros. Con casi 29.000 ingresos, 900 camas y más de

35.000 consultas externas es prácticamente la empresa más grande del archipiélago. El complejo hospitalario se distribuye en dos centros hospitalarios de agudos y 5 centros de atención especializada ambulatoria.

Como consecuencia de una auto-evaluación según el modelo EFQM se priorizaron distintas áreas de mejora. Definir un sistema de indicadores que permita el correcto seguimiento del desempeño de los procesos de la Organización, fue una de las de mayor peso. El objetivo del presente trabajo es describir el proceso seguido para desarrollar esa acción.

Material y métodos

El despliegue del Plan de Mejora de la calidad en el HUNSC fue el siguiente:

1. Creación de la Unidad de Gestión Sanitaria: transformar la unidad de control de gestión en un servicio de soporte a los servicios.

2. Redefinición de la Unidad de Calidad: transformar la visión vertical de calidad para cada una de las divisiones (médica, enfermería y gestión) en una visión transversal con apoyo a los servicios y unidades para promover una visión común de la calidad.

3. Marketing interno del plan de mejora de la calidad a los grupos de interés, líderes y órganos colegiados. Se nombró un comité de dirección y otro técnico.

4. Definición de la política de calidad del centro por un grupo de mejora.

5. Autoevaluación EFQM por parte del equipo directivo; priorización de las acciones de mejora y adjudicación de responsables.

6. Diseño e integración de las bases metodológicas y creación de la estructura necesaria para la implantación del sistema de calidad.

7. Temporalización del plan de mejora por los responsables de las acciones. Puesta en práctica (año 1).

8. Selección de 4 servicios para lograr certificación ISO 9001 (años 2 y 3) y todo el centro, ISO 14.001 (año 4).

9. Evaluación externa de las acciones de mejora (año 1).

10. Acto público de entrega de la acreditación EFQM a la excelencia europea y certificaciones ISO de los servicios de esterilización (de apoyo), Medicina intensiva (asistencial), suministros (de apoyo), Farmacia (asistencial y apoyo); (año 2).

11. Análisis de procesos y extensión del sistema en 24 servicios de

acuerdo a los criterios de alineación, esfuerzo e impacto (años 3 y 4).

12. Evaluación de la situación: selección de 20 servicios para certificación ISO (año 5).

Dentro del punto 5 se seleccionó al Servicio de Ginecología y Obstetricia por los criterios de impacto, esfuerzo y resultados. Se siguieron las siguientes fases para el despliegue de esa acción de mejora:

– Selección del grupo: se constituyó un grupo de mejora formado por facultativos, matrona y una enfermera supervisora pertenecientes al Servicio de Ginecología y Obstetricia, así como un facultativo y técnico de la Unidad de Gestión Sanitaria.

– Primera reunión grupal: objetivos, límites y temporalización. Se establecieron las normas del grupo y el límite temporal (4 reuniones y conclusiones antes de dos meses).

– Se realizó una revisión de la literatura^{1,2}, y siguiendo la metodología para el desarrollo de indicadores de calidad³ se seleccionaron indicadores para los procesos más frecuentes.

– Segunda reunión grupal: puesta en común y propuesta de indicadores.

– Tercera reunión grupal: consenso para la selección de indicadores. Se utilizaron como criterios la eficiencia, riesgo, adecuación, accesibilidad y efectividad.

– Presentación de los resultados del grupo al Servicio de Ginecología. En el marco de la sesión clínica habitual del Servicio, tanto la enfermería como los facultativos expusieron el trabajo realizado.

– Presentación de los resultados del grupo a la Comisión de Dirección.

– Inclusión en el Cuadro de Mandos asistencial de los indicadores seleccionados.

Resultados

La relación de indicadores por proceso y los criterios de selección utilizados se señalan en la tabla I.

Discusión

Tener indicadores precisos de los procesos de la organización sanitaria implica sustituir la visión vertical por la horizontal. Su modelización necesita de los profesionales.

La situación de partida era la existencia de un plan de gestión convenida (PGC) entre el financiador y el proveedor, en el que se marcan los objetivos asistenciales, económicos y de calidad para el centro. De ellos se

Proceso/ indicador	Dimensión					
	Accesibilidad	Adecuación	Riesgo	Eficiencia	Satisfacción	Efectividad
Embarazo normal						
Ecografía screening malformaciones	x		x			
Ecografía valoración de presentación del parto	x		x			
Screening de diabetes gestacional		x		x		
Colonización <i>Streptococcus agalactiae</i>			x		x	
Realización de episiotomía de acuerdo a GPC			x			
Tiempos de estancia en sala de dilatación/partos/postparto			x			
Estancia media			x			
Parto normal sin complicaciones						
Proceso cesárea						
Cesáreas realizadas mediante incisión según técnica de Pfannenstiel		x				
Cesárea con anestesia regional		x			x	
Intervalo indicación-extracción en cesárea urgente			x			x
Parto por vía vaginal después de cesárea			x			x
Realización de estudio ácido-base de sangre de cordón				x	x	
Outliers en estancia media por cesárea		x		x		
Consentimiento informado					x	
Profilaxis quirúrgica antibiótica		x				
Proceso histerectomía						
Outliers en estancia media por histerectomía		x				
Histerectomía tras cirugía histeroscópica		x				
Realización de histerectomía de acuerdo a GPC	x		x			
Prevalencia de la infección quirúrgica		x				

GPC: guías de práctica clínica.

Tabla 1. Indicadores seleccionados por procesos y según la dimensión que abarcan.

derivan en cascada los pactos de objetivos entre los servicios y unidades y la dirección.

Cuando se inició esta acción de mejora la elección del enfoque permitía numerosas combinaciones; des-

de constituir grupos de mejora para los procesos asistenciales claves o seleccionar un proceso que afectara al mayor número de servicios o, también, escoger un servicio con impacto en la actividad del centro. No se nos ocultaba la trascendencia de la opción seleccionada; la repercusión de un fracaso lastraría la acción de mejora en sí y, probablemente, el desarrollo del plan de calidad en todo el centro.

Valorado por la comisión de dirección, se acordó el enfoque servicio-proceso porque podría obtener resultados que sirvieran como marketing interno, y de forma opuesta el fracaso de la opción se valoraba como asumible. Sin embargo, esta orientación tenía otra dificultad añadida, porque la definición de procesos la realizaba paralelamente otro grupo de mejora. Esperar a sus conclusiones llevaría a una dilación de esta acción de mejora, y constituir un solo grupo de mejora tendría dificultades operativas. Además, en nuestro entorno ya hay experiencias suficientes donde se identifican procesos hospitalarios y, de igual forma, existen indicadores^{2,3} robustos.

El Servicio de Ginecología y Obstetricia es el responsable de dos de los GRD más frecuentes del centro. La

Unidad de Gestión Sanitaria (UGS), una transformación del anterior departamento de control de gestión, se creó para ofrecer asesoramiento y ayuda en la gestión a los profesionales del centro; se articuló como puente y lugar de análisis conjunto entre profesionales y técnicos.

La vigilancia y evaluación, por sí mismas, sin estar integradas en la gestión, producen desconfianza recíproca. A más esfuerzos en supervisión, más estímulos para obviarlo⁴.

La estrategia tiene sentido cuando se pregunta por los factores críticos de éxito (en nuestro mundo la relación con el paciente y sus familiares) o una ventaja competitiva (por ejemplo una excelente organización). El control y la evaluación mediante un grupo de iguales, alineando los objetivos con los de la organización, hace potente la herramienta. Al pensar en términos de servicio, de microambiente, la calidad de esas relaciones condiciona los resultados porque transmite valores.

La novedad de este proyecto es su envergadura. Tras dos años el HUNSC habrá capacitado a casi el 50% de su plantilla en un esfuerzo sin precedentes en hospitales públicos. Además, para enriquecer la experiencia, la Atención Primaria también está realiza-

do el mismo esfuerzo de gestión de la calidad, con lo cual se está facilitando la integración de modelos y unificando atenciones al usuario.

Existen experiencias^{5,6} del desarrollo de la implantación del modelo europeo de excelencia en centros sanitarios, también de evaluación de indicadores por determinados procesos, como es el parto⁷, pero esta acción de mejora pudo realizarse en apenas tres meses.

Este trabajo se presenta como una oportunidad para el resto de servicios del centro. Además, el Servicio de Ginecología y Obstetricia, al haber liderado el proyecto, tiene oportunidades para realizar evaluaciones, proponer acciones de mejora y volver a entrar en un nuevo círculo, incidiendo en dimensiones como la seguridad clínica, ya realizadas en nuestro entorno⁸.

De todo el proceso seguido el Servicio descubrió que no disponíamos

de indicadores “fiables” que nos enfrentaran con la realidad de lo que hacemos. Además, la mayoría de los indicadores del PGC están normalizados para todos los servicios, y adolecen de un sentido clínico relacionado con el correcto seguimiento de los procesos.

El entorno era difícil, dado que existía una historia previa y fallida de intento de implantación de EFQM, además de incentivos para que todo siga como está. Sin embargo, a través de todo el proceso el grupo ha encontrado un marco para compartir visiones de un mismo problema desde la gestión, enfermería y medicina. También ha puesto de manifiesto que existen objetivos comunes entre divisiones; que la autoevaluación es la base de la mejora combinada con la evaluación externa, y que los resultados obligarán a un cambio de cultura al poner la calidad en primer lugar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Indicaciones acordadas con las sociedades científicas para los procedimientos más frecuentes incluidos en el decreto de garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el sistema sanitario público de Andalucía d.209/2001. Sevilla.
2. SEGO. Indicadores de Calidad Asistencial en Ginecología y Obstetricia. Madrid: Ed FAD; 1999.
3. Pronovost PJ, Berenholtx SM, Ngo K, McDowell M, Holzmueller C, Haraden C, et al. Developing and pilot testing quality indicators in the intensive care unit. *J Crit Care*. 2003;18: 145-55.
4. Stein G. Cambiar o no cambiar: esa es la gestión. Gestión. 2000.
5. Fernández-León A, Ángel Berros M, García M. La experiencia del hospital Monte Naranco en la aplicación del modelo de la EFQM. *Rev Cal Asistencial*. 2000;15(3):155-60.
6. Lucas Imbernón FJ, García Fernández C. Proyecto de mejora continua en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. *Rev Adm Sanit*. 2006;4(2):271-92.
7. Díaz Miguel V, Gonzalo I, de la Fuente J, Alario I, Berzosa J, Zapardiel I. Aplicación de indicadores de calidad asistencial durante el parto y el puerperio en un hospital de tercer nivel. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2007;4(3): 95-9.
8. Valle L, Seara S, García JA. Efectos adversos de la intervención de la hysterectomía. Registro informatizado 2002-2003. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20(4):193-9.

