

# Experiencia práctica del proceso de evaluación externa con el Modelo de Excelencia de la EFQM en el Hospital de Zumárraga

**Óscar Moracho, Alberto Colina, M<sup>a</sup> Ángeles Amondarain, Laura Aguirre, Esteban Ruiz-Álvarez,  
M<sup>a</sup> Victoria Salgado**

Equipo directivo de Hospital de Zumárraga

Correspondencia:

Óscar Moracho  
Gerente Hospital de Zumárraga  
Osakidetza/Servicio Vasco de Salud  
Bº Argixao, s/n  
20700 Zumárraga (Gipuzkoa)  
Tel.: 943 035 033  
Fax: 943 035 063  
E-mail: omoracho@hzum.osakidetza.net

## Resumen

**Antecedentes:** El Modelo de Excelencia de la EFQM es un marco de referencia no prescriptivo y un instrumento práctico de trabajo cuya aplicación en las empresas sanitarias está demostrando su utilidad para la organización de la mejora continua y de los resultados alcanzados. Además es perfectamente compatible y engloba en su aplicación a cualquier otro sistema de mejora de la calidad, su aseguramiento (normas ISO) o los sistemas de acreditación.

**Material y método:** En el trabajo se describe la experiencia de la aplicación del modelo en el Hospital de Zumárraga desde 1996, consistente en la realización de tres autoevaluaciones y la presentación del hospital a evaluación externa realizada por primera vez en el sector sanitario.

**Resultados:** Se aportan las puntuaciones de las tres autoevaluaciones realizadas, así como las dificultades encontradas y los puntos fuertes para una utilización más efectiva de esta herramienta. Se refieren los requisitos y pasos seguidos para la realización de una evaluación externa y el resultado obtenido (entre 401-450 puntos).

**Conclusiones:** El modelo supone una potente herramienta para implantación y desarrollo de sistemas de gestión basados en la Calidad Total mediante la realización de autoevaluaciones. La evaluación externa favorece una mayor compresión e integración del modelo y aporta un diagnóstico objetivo de gran valor para el desarrollo de la mejora continua en el hospital.

**Palabras clave:** Modelo de Excelencia. EFQM. Calidad Total. Mejora Continua. Autoevaluación. Evaluación externa.

## Introducción

Aunque siempre han sido objeto de especial interés y estudio en el sector sanitario, en estos momentos existe un intenso debate y son múltiples las experiencias de utilización de diferentes modelos en las organizaciones para establecer referencias que permitan tanto el uso de medidas comparables para mejorar sus prácticas, guías para la compra de servicios, sistemas de aseguramiento de la calidad de los procesos, así

## Summary

**Background:** The EFQM Excellence Model is a non-prescriptive reference framework and a useful tool that is currently being applied to health care organizations. It has demonstrated usefulness for continuous quality improvement organization. At the same time it is compatible with any other system of quality improvement, quality assurance (ISO norms) or accreditation models.

**Material and methods:** This paper describes the experience of the application of the model at Zumarraga's Hospital since 1996. Three self-assessments were conducted and the first external evaluation of a health care organization was carried afterwards.

**Results:** Punctuation's obtained during the three self-assessments are provided, and the difficulties and limitations found using this model are described. The different phases followed in the external evaluation process are described as well as the final result obtained (401-450 points).

**Conclusions:** The EFQM Excellence model is a strong and useful tool to introduce and develop management systems based upon the Total Quality principles through self-assessment. External evaluation favors a deeper comprehension and integration of the model. It also offers the organization an objective diagnosis of great value to conduct continuous improvement in the hospital.

**Key words:** Excellence Model. EFQM. Total Quality. Continuous improvement. Self-assessment. External Evaluation.

como el establecimiento de estándares para la acreditación de centros.

La utilización del Modelo de Excelencia de la EFQM (*European Foundation for Quality Management*) permite integrar estas herramientas aportando una mayor coherencia a los sistemas de Calidad Total, y su aplicación en los últimos años en todo tipo de empresas, incluidas las sanitarias, está constatando su contribución a la mejora de los sistemas de gestión y de los resultados de dichas organizaciones<sup>1,2</sup>.

## Modelo de Excelencia de la EFQM

El Modelo de Excelencia es un marco de referencia no prescriptivo y un instrumento práctico de trabajo que ayuda a las organizaciones a medir en qué punto se encuentran dentro del camino hacia la excelencia en la gestión y analizar las diferencias o lagunas que pueden existir dentro de la organización para alcanzarla<sup>3</sup>.

El Modelo de Excelencia se basa en la autoevaluación<sup>4</sup>, entendida como un examen global y sistemático de las actividades y resultados de una organización que se compara con un modelo de excelencia empresarial diseñado y revisado periódicamente mediante consenso por la EFQM aplicando el proceso de mejora continua.

La autoevaluación permite a las organizaciones identificar claramente sus puntos fuertes y sus áreas de mejora y, a su equipo directivo, reconocer las carencias más significativas, de tal modo que estén capacitados para poner en marcha planes de acción con los que fortalecerse<sup>5</sup>. En una segunda etapa también posibilita la realización de evaluaciones externas por organismos acreditados para la presentación de la organización a un reconocimiento. Dichas evaluaciones son realizadas por evaluadores expertos que valoran cada uno de los criterios del modelo basándose en un sistema protocolizado de puntuaciones ponderadas<sup>6</sup>.

Resumiendo el fundamento del modelo EFQM<sup>3</sup>, 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.

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)<sup>7</sup> 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, para volver a comenzar el ciclo incorporando las lecciones aprendidas. En el modelo 2000 el ciclo de mejora se denomina REDER<sup>3</sup>, iniciales de resultados, enfoque, despliegue, evaluación y revisión, atribuyendo un mayor énfasis al establecimiento previo de qué resultados se propone conseguir la organización.

## Utilización del modelo en el hospital

El Hospital de Zumárraga es un centro público de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud dedicado a prestar asistencia sanitaria especializada, siendo el hospital de referencia para más de 90.000 personas que habitan en los valles del Goierri y del Urola de Gipuzkoa<sup>2,3</sup>. Esta asistencia se presta mediante una cartera de servicios de veintitrés especialidades ofertada tanto en las instalaciones del hospital como parcialmente en tres centros ambulatorios. La actividad del hospital se lleva a cabo mediante la cooperación de 440 profesionales.

El compromiso del hospital con la calidad es explícito y es coherente con las líneas estratégicas establecidas por la Organización Central de Osakidetza. Como principales hitos en calidad, la Subdirección de Calidad elaboró e impulsó en 1992 el Plan Integral de Calidad para todos los centros<sup>8</sup>. En 1995 se toma el modelo EFQM como referente de la calidad del sistema de gestión, comenzando a realizarse la primera autoevaluación en casi todas las organizaciones de servicios. El Plan Estratégico de Osakidetza recoge la Calidad Total como uno de sus objetivos estratégicos en 1998<sup>9,10</sup>.

La utilización del modelo desde hace unos años en la empresa sanitaria y especialmente en hospitales, así como su validación y difusión, están permitiendo un creciente consenso sobre su utilidad para la mejora de la calidad<sup>10-15</sup>.

La experiencia del hospital con el modelo desde 1996 y el proceso de reflexión realizado mediante su aplicación conducen a una valoración muy positiva por el equipo directivo, ya que aporta una sistemática potente de revisión del sistema de gestión bajo la óptica y los principios de la Calidad Total. Fruto de esta experiencia se pueden considerar distintas ventajas y dificultades.

Si bien el modelo, en su planteamiento general, es intuitivo y sencillo, al profundizar en los diferentes subcriterios y analizarlos en toda su amplitud se convierte en una plantilla intrincada de análisis. Esta complejidad, así como la subjetividad relativa de la autoevaluación, exigen una sólida formación teórica y práctica del equipo evaluador para su correcta aplicación. Incluso puede ser recomendable la utilización de modelos simplificados o adaptados cuando se utiliza por primera vez<sup>16,17</sup>.

El ámbito de aplicación del modelo se extiende a cualquier tipo de organización y por lo tanto hace necesario un esfuerzo de adaptación a las características específicas del entorno sanitario ante la ausencia de estándares específicos<sup>18</sup>. Esta misma amplitud permite no sólo analizar la evolución en el tiempo del hospital, sino tomar las mejores prácticas de otros centros tanto del ámbito sanitario como no sanitario como elemento de *benchmarking* y estándar de mejora para 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.

El ciclo de mejora (PDCA o REDER) aplicado a todas las actividades del hospital conlleva una metodología potente e integrada con las herramientas de gestión de calidad utilizadas hasta ahora, así como la detección de aquellas que han resul-

tado positivas en otras organizaciones tanto de nuestro ámbito como del no sanitario. La detección sistemática de los puntos fuertes y las áreas de mejora en cada uno de los criterios supone así mismo una potente herramienta para la identificación y priorización de las acciones de mejora necesarias y su inclusión en los planes de gestión.

La utilización de la sistemática descrita, el análisis de las inferencias causa-efecto, la exigencia del modelo en la búsqueda de la comparación con los mejores, así como el constituir en sí mismo un ámbito de evaluación, convierten al aprendizaje en otra de las claves imprescindibles del modelo.

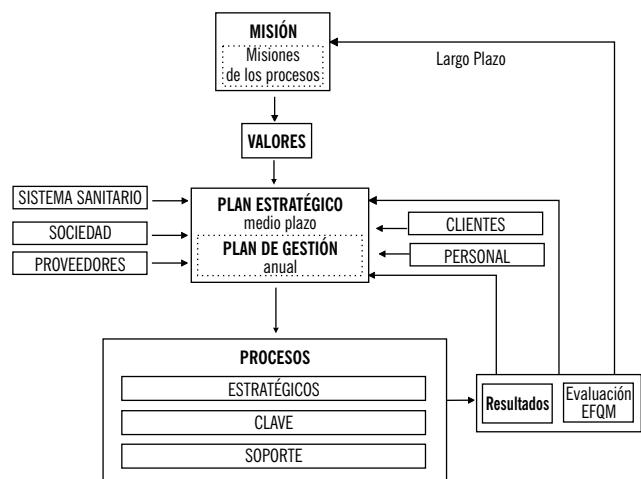
La utilización del modelo como herramienta de evaluación exige por tanto la aceptación previa de ciertos supuestos: La calidad y la excelencia afectan a toda la organización y deben ser un horizonte constante, la mejora continua debe aplicarse a todas las actividades de la organización, la calidad no 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.

### Cómo se enmarca el Modelo en nuestro sistema de gestión

Como se muestra en la Figura 1, la misión del hospital es la razón de su existencia, y mediante ella se define qué hay que hacer, para qué hay que hacerlo y para quién se realiza la actividad. Además en el hospital se han desarrollado las misiones de todos los procesos asegurando su coherencia con la misión general. Los valores culturales compartidos entre los profesionales favorecen la consecución de esta misión.

La concreción de los planes para la consecución de la misión se plasma en un documento estratégico que contempla

**Figura 1. Esquema del sistema de gestión**



Fuente: Hospital de Zumárraga, Memoria EFQM 2000

el medio plazo (cuatro años) y que anualmente se revisa y concreta en un plan de gestión. Estos planes se realizan teniendo en cuenta los intereses actuales y futuros de los grupos de interés del hospital: la sociedad, el sistema sanitario, los profesionales, los proveedores y muy especialmente los clientes.

La traducción de esta planificación en el día a día del hospital tiene lugar mediante el desarrollo de los procesos que se llevan a cabo y que están enfocados a mejorar el valor añadido que aportan a los grupos de interés contemplados. Los resultados obtenidos por el hospital se analizan para establecer las correcciones convenientes en las personas, los recursos o los procedimientos. Además la evaluación mediante el modelo de la EFQM permite la detección de los puntos fuertes y débiles del sistema de gestión y establecer los mecanismos necesarios para la mejora del mismo. Los dos sistemas de evaluación constituyen el *feed-back* de los planes establecidos a medio plazo, y de la misión a largo plazo.

De forma consistente con la aplicación de estos principios, el propio sistema de gestión descrito incorpora un ciclo de mejora continua como se puede apreciar en la Tabla 1.

### Autoevaluaciones

Se han realizado dos autoevaluaciones formales hasta la fecha mediante el modelo antiguo<sup>4</sup>, y una tercera sin consenso externo a finales de 1999 utilizando el nuevo modelo de excelencia 2000<sup>3</sup>. Esta autoevaluación se realiza mediante un proceso de reflexión del equipo directivo sobre las actividades y resultados del hospital basándose en el modelo de excelencia.

Para facilitar su evaluación se distribuyeron los criterios a evaluar entre los componentes del equipo directivo en función de sus áreas de responsabilidad, trabajando dos personas en cada uno de ellos. Durante esta primera etapa se recogieron las evidencias de aplicación del modelo en los criterios agente, y los indicadores, tendencias temporales y comparaciones con los objetivos propios o de otros hospitales en los criterios de resultados.

**Tabla 1. Ciclo de mejora de la gestión**

<b>Ciclo de mejora de la gestión</b>	
Planificar	Plan estratégico Modelo de gestión
Desarrollar	Plan de gestión Presupuesto Gestión por procesos
Comprobar	Control de gestión Resultados Evaluación modelo EFQM
Ajustar	Aprendizaje Mejora continua

Fuente: Hospital de Zumárraga

En una segunda etapa se realiza una revisión por el equipo de todos los criterios estableciendo un consenso sobre las relaciones causales, los puntos fuertes y las áreas de mejora, y las puntuaciones estimadas para cada criterio. Las puntuaciones de las dos primeras autoevaluaciones han sido establecidas tras la reunión de consenso definitiva moderada por un evaluador externo de EUSKALIT (Fundación Vasca para la Calidad).

Las áreas de mejora se seleccionaron utilizando una parrilla de priorización. Estas áreas seleccionadas se incorporaron al plan de gestión con objetivos asignados, indicadores, responsables y plazos. En la autoevaluación posterior se estudia el impacto de estas acciones sobre los agentes y los resultados del hospital y se vuelve a repetir el ciclo evaluador.

Cada criterio tiene una puntuación, obteniéndose una valoración final entre 0 y 1000 puntos. En las Figuras 2 y 3 se reflejan los resultados comparativos de las dos primeras autoevaluaciones realizadas en el hospital de Zumárraga así como la media obtenida en los centros de Osakidetza que siguieron el mismo proceso de evaluación. Los resultados se recogen como el porcentaje de la puntuación del criterio en lugar de la puntuación absoluta (ej: 25% de la puntuación máxima en el criterio 1).

En los dos casos se aprecian ciertas similitudes:

Se constata una mejora de las puntuaciones de la segunda autoevaluación respecto a la primera, consecuencia de la puesta en marcha de acciones de mejora, así como de un mayor conocimiento del modelo.

Destacan dos puntos fuertes, la satisfacción del cliente y los resultados de la organización. Se explican por su misma objetividad, así como por la larga trayectoria de resultados disponibles a través de encuestas de satisfacción e indicadores de gestión y en las que se aprecian tendencias positivas anuales.

Los agentes peor valorados en las dos primeras autoevaluaciones fueron la gestión de los procesos, debido a su escasa sistematización y despliegue, y la satisfacción del personal, al no disponer de encuestas o datos que permitan medirla.

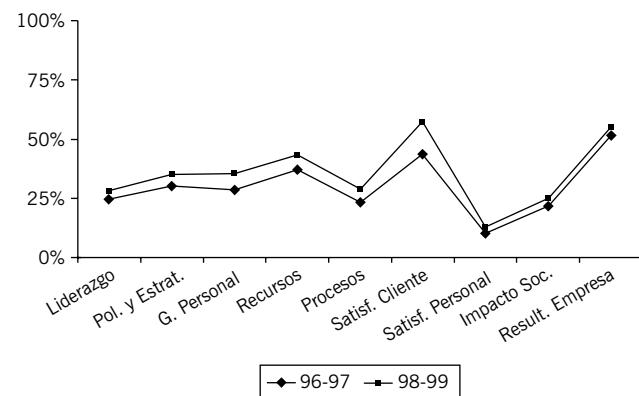
### Qué actividades han incidido en la mejora de las puntuaciones

El modelo posibilita un proceso de mejora continua mediante el cual se establecen y priorizan áreas de mejora, se llevan a cabo mediante las herramientas de gestión establecidas y se comprueban sus efectos mediante evaluación, volviéndose a establecer los ajustes necesarios para mejorar los resultados.

Como consecuencia de la segunda autoevaluación se establecieron cinco áreas de mejora. Una de ellas, el desarrollo de 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, el nombramiento de 70 gestores de proceso como responsables de la mejora continua y la integración de los mismos en nuestros planes de gestión<sup>19,20</sup>.

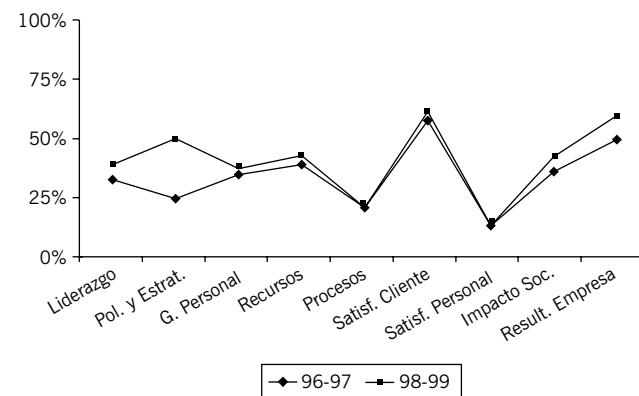
La tercera autoevaluación no siguió todo el proceso formal y fue realizada a finales de 1999 para valorar la posibilidad de presentar una memoria para someterla a evaluación externa, objetivo que fue cumplido al año siguiente. En la Figura 4 se reflejan los porcentajes e puntuación estimados en esa autoevaluación.

**Figura 2. Resultados tras dos procesos de Autoevaluación Osakidetza**



Fuente: Subdirección de Calidad-Osakidetza

**Figura 3. Resultados tras dos procesos de Autoevaluación Hospital de Zumárraga**



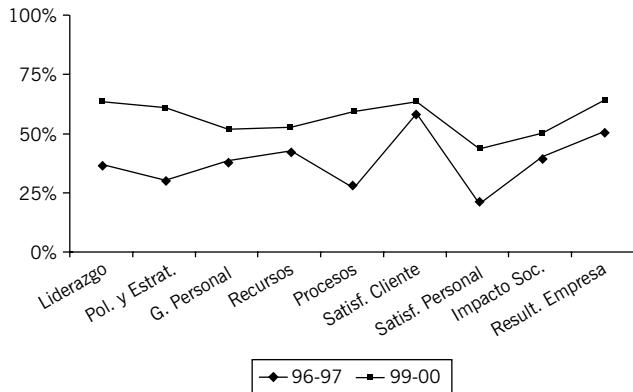
Fuente: Hospital de Zumárraga

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.

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 el incremento de las puntuaciones 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

**Figura 4. Resultados provisionales. Tercera Autoevaluación 1999. Hospital de Zumárraga**



Fuente: Hospital de Zumárraga

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.

### Evaluación Externa

Tras la autoevaluación de 1999 el Comité de Dirección del Hospital de Zumárraga estableció como un objetivo de su 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 presentación a evaluación externa exige ciertas condiciones previas como haber completado la organización al menos en dos ocasiones el ciclo de mejora de la gestión basándose en el modelo y disponer su equipo directivo de la suficiente formación en el mismo. La documentación aportada como soporte puede consistir en un documento proforma similar al utilizado en las autoevaluaciones, o una memoria de la organización que describa la realización de los criterios del modelo. Cumpliendo los requisitos y tras realizar una autoevaluación provisional se optó por la elaboración de la memoria, a pesar de suponer una mayor dificultad por su complejidad y no existir ningún ejemplo previo en el sector sanitario, ya que se estimó que aportaba un grado de compromiso y aprendizaje más intenso y que podría servir de estímulo a otras organizaciones. La memoria se realizó siguiendo la versión completa del Modelo de Excelencia 2000.

El proceso establecido para la presentación a evaluación externa consistió en la elaboración y presentación de la memoria, completada con la visita del equipo evaluador antes de la presentación del informe, y debió recoger las siguientes etapas y requerimientos.

La memoria debía contemplar las características exigidas por EUSKALIT, 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.

La redacción del documento fue realizada íntegramente por el equipo directivo y liderada por el Gerente del hospital, valorándose esta opción como más enriquecedora que su elaboración por parte de un equipo de consultoría experta.

De forma similar a las autoevaluaciones la redacción inicial de los criterios se distribuyó entre los distintos componentes del equipo con relación a sus áreas de responsabilidad y conocimiento. Dadas las dificultades citadas y el interés didáctico para futuras organizaciones, las correcciones realizadas recibieron una tutoría periódica a lo largo de su elaboración por parte de miembros de EUSKALIT y de la Subdirección de Calidad de Osakidetza lo que supuso una inestimable ayuda y herramienta de aprendizaje.

Paralelamente se realizó una labor de recopilación de la documentación y los indicadores de los que se hacía referencia en la memoria, agrupándolos según los diferentes criterios, para tenerlos disponibles en la visita de evaluación. Asimismo se realizó una formación general sobre el modelo a más de setenta profesionales del hospital impartida por el propio equipo directivo.

El proceso de redacción se realizó a lo largo de ocho meses antes de su remisión a EUSKALIT, suponiendo para el equipo un sistema de aprendizaje y mejora en sí mismo y aportando una gran seguridad para la visita y valorándose como altamente gratificante para sus componentes.

EUSKALIT seleccionó un grupo de evaluadores independientes a los que remitió la memoria para su estudio y evaluación mediante consenso. Este equipo constaba de seis componentes, dos de ellos del sector sanitario, coordinados por un

evaluador senior gerente de una empresa ganadora del Premio Europeo, que dedicaron más de cien horas previas a la visita.

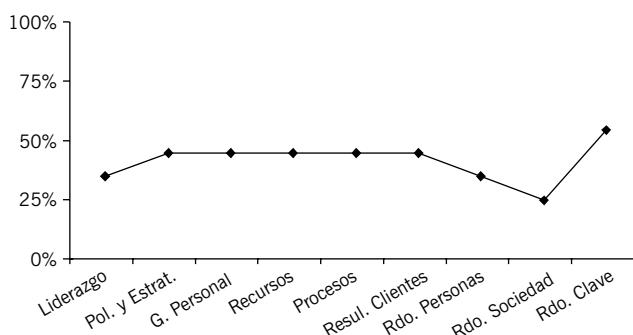
La visita del equipo evaluador al hospital sirve fundamentalmente para aclarar y/o verificar aspectos de la memoria, constatar el grado de despliegue descrito para las acciones y confirmar o no lo apropiado de las puntuaciones otorgadas<sup>6</sup>. Su duración es de uno a tres días, suponiendo en este caso un día completo.

Después de una breve presentación del hospital los evaluadores se entrevistaron con cerca de veinte profesionales del hospital y con especial atención a los directivos y líderes del centro. El equipo evaluador incidió en profundidad en algunos contenidos, solicitó la documentación aclaratoria pertinente pero no entró en ningún momento en valoraciones sobre las explicaciones recibidas.

La evaluación finaliza con una posterior y última reunión de consenso de los evaluadores, y la elaboración del informe de evaluación que se remite al gerente del hospital. Este informe contiene una visión global con temas clave de especial relevancia, una descripción detallada de los puntos fuertes y áreas de mejora por cada subcriterio y la valoración global y de cada criterio expresada en rango (ej: puntuación del criterio 4 entre 41-50 puntos).

La memoria del Hospital de Zumárraga<sup>21</sup> se valoró entre 401-450 puntos como se refleja en la Figura 5, lo que la hizo acreedora al reconocimiento Q de Plata 2000 del Gobierno Vasco. Este reconocimiento, recibido junto con otras nueve empresas entre las que se encontraba el Hospital de Bidasoa, supone un motivo de orgullo y estímulo para los profesionales del hospital que debe hacerse extensivo a nuestros clientes y al sector sanitario comprometido con la mejora continua en la gestión. Asimismo, la obtención de la Q de Plata otorga al Hospital de Zumárraga la pertenencia al “Club de los 400” que consiste en un foro de encuentro e intercambio de experiencias de gestión de las veinte empresas galardonadas hasta la fecha.

**Figura 5. Resultado de la Evaluación Externa (2000). Hospital de Zumárraga**



Fuente: Hospital de Zumárraga

La puntuación obtenida confirma las valoraciones de expertos de la EFQM que estiman que la evaluación externa con el nuevo modelo 2000 puede disminuir las puntuaciones en torno a 100-150 puntos en relación con las autoevaluaciones, debido a la mayor exigencia del mismo y a la necesidad de evidencias en cada uno de los criterios. En nuestro caso por ejemplo, la no existencia de encuestas a la sociedad y la disponibilidad de resultados de encuestas a personal sólo durante dos años, han disminuido las puntuaciones.

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. Entre las áreas de mejora estimadas para el hospital destacan la elaboración de la visión, el establecimiento de objetivos para ciertos indicadores, completar algunos ciclos de mejora y encontrar comparaciones *best-in-class* con más organizaciones estatales y europeas. Los puntos fuertes mejor valorados han sido el nombramiento de un alto número de gestores de proceso, un clima organizacional en el que destacan el trabajo en equipo, la accesibilidad de los líderes, la comunicación abierta y espontánea y el orgullo de pertenencia al hospital, junto con los resultados clave y de satisfacción de clientes.

### Dificultades habituales

Como en toda actividad nueva, es frecuente encontrarse con dificultades o errores de enfoque al comenzar. Algunas de las detectadas en nuestro caso, y ciertos sesgos a evitar serían los siguientes:

- Confusión entre modelo de evaluación/modelo de gestión: la autoevaluación nos permite evaluar o medir el camino de la organización hacia la excelencia propugnada por el modelo y tiene múltiples puntos comunes con cualquier sistema de gestión. Sin embargo no se debe convertir ni confundirse con un plan de empresa o estratégico.
- Desequilibrio entre PDCA del modelo/PDCA real: en las organizaciones, habitualmente la gestión diaria nos lleva a acometer un gran número de acciones y a hacer muchas cosas (D). Sin embargo, muchas de esas actividades no están programadas (P), pocas veces se miden o controlan los resultados de esas acciones (C), y en función de ello, son escasas las modificaciones de los siguientes planes como consecuencia de ese control. El equilibrio que propugna el modelo no deja de ser un horizonte hacia el que dirigirse y el modelo nos recuerda su conveniencia.
- Tendencia a la justificación: al mirarnos a un espejo o medirnos puede ser comprensible la tendencia a intentar arreglarnos o justificarnos para vernos reflejados de forma más atractiva. Esto puede ser habitual en relación con el punto anterior y nos puede conducir a tratar de encontrar, por ejemplo, intenciones de programaciones a posteriori, lo cual no beneficia el verdadero objetivo del modelo.
- “Puntuacionitis”: las puntuaciones en la autoevaluación ayudan a establecer comparaciones con otras organizaciones y especialmente con nosotros mismos. Aunque

las puntuaciones son un tanto subjetivas, el consenso entre los evaluadores y su conocimiento del modelo permiten eliminarla en gran medida. Sin embargo, aporta más valor la reflexión de dónde estamos situados dentro de una escala que la puntuación absoluta en sí misma, aunque ésta cobre especial importancia en caso de evaluación externa.

- Hechos documentados: la aportación de documentos escritos donde se reflejen las acciones realizadas adquiere una mayor importancia si el interés de la organización es presentarse a una evaluación externa. Debe ser un objetivo de cada equipo de gestión encontrar un equilibrio entre la presión del "día a día" y la necesidad de documentar las acciones, reuniones o programas emprendidos.

## Puntos fuertes

En nuestro caso, los principales apoyos y técnicas que nos han ayudado a la hora de realizar las evaluaciones y obtener un importante valor añadido de las mismas se pueden resumir de la siguiente forma:

- Compromiso sólido e impulso desde el Comité de Dirección: más que una ayuda, es un requisito imprescindible y previo a la evaluación.
- Buen momento y motivación: elegir un período de tiempo adecuado, sin excesiva presión o tensión externa, así como una actitud positiva hacia el modelo, son dos factores que ayudan en gran medida a su realización.
- Trabajo en equipo: la distribución del trabajo entre los miembros del equipo y la búsqueda de consenso en los diferentes criterios, no sólo hace menos pesada la carga de trabajo sino que aporta un mayor conocimiento compartido del modelo y de la organización.
- Compatibilidad del modelo: el modelo es más amplio y ambicioso que los sistemas de certificación o acreditación disponibles en la actualidad. La utilización de herramientas de aseguramiento como las normas ISO pueden mejorar en gran medida algunos criterios agentes, y la utilización de estándares de acreditación como complemento a la evaluación, especialmente de algunos resultados, no sólo no es incompatible sino que se integra en el modelo enriqueciendo su aplicación.
- Apoyo de EUSKALIT (Fundación Vasca para la Promoción de la Calidad): es un referente inestimable en el País Vasco por su profesionalidad y rigor, tanto en su papel de formación como de estímulo y apoyo en relación al modelo. La ausencia de ánimo de lucro y el importante número de evaluadores voluntarios de todo tipo de organizaciones (más de trescientos) supone otro valor añadido y un elemento de objetividad y entusiasmo en su funcionamiento.
- Evaluadores externos: es muy enriquecedor poder contar con el apoyo de un experto externo al hospital que pueda actuar de moderador en el establecimiento de consenso en la reunión final, así como en la programación del proceso al utilizarlo por primera vez.

- Apoyo de la Organización Central: el impulso dado por la Subdirección de Calidad, así como el compromiso claro y explícito de Osakidetza con la calidad, han sido un fuerte referente para nuestras organizaciones sanitarias a la hora de utilizar el modelo de la EFQM.

## Bibliografía

1. Lorenzo S. Evidencias de aplicación del modelo EFQM de Excelencia al sector sanitario en nuestro medio. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:129-30.
2. Arcelay A. Reflexiones sobre un excelente modelo de excelencia. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:131-2.
3. European Foundation for Quality Management. *Modelo EFQM de Excelencia*. Madrid: Club Gestión de la Calidad, 1999.
4. European Foundation for Quality Management. *Autoevaluación: Directrices para el Sector Público: Salud* 1995. Madrid: Club Gestión de Calidad, 1996.
5. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza. *Modelo para la autoevaluación de centros sanitarios, utilizando como referencia el Modelo de Excelencia 2000 de la EFQM*. Vitoria: Osakidetza, 1999.
6. EUSKALIT/Fundación Vasca para la Calidad. *Servicio de evaluación externa*. Zamudio: EUSKALIT, 2000.
7. Berwick DM. Controlling variation in health care: a consultation from Walter Shewhart. *Med Care* 1991;29:1212-25.
8. Osakidetza. *Plan Integral de Calidad* 1992. Vitoria: Osakidetza, 1992.
9. Dirección General. Osakidetza. *Plan Estratégico 1998-2001*. Vitoria: Osakidetza, 1998.
10. Arcelay A, Sánchez E, Hernández L, Inclán G, Bacigalupe M, Letona J, et al. Self-assessment of all the health centres of a public health service through the European Model of Total Quality Management. *Int J Health Care Quality Assurance* 1999;12:54-8.
11. Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Aranaz J, Sitges E. La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:92-7.
12. Maiz E, Aguirre A, Portillo I. ¿Se puede desarrollar el modelo europeo de gestión de la calidad total en el hospital? *Todo Hospital* 1997;134:23-9.
13. Arcelay A, Hernández L, Bacigalupe M, Letona J, González RM. Proceso de autoevaluación de los centros sanitarios de Osakidetza mediante el Modelo Europeo de Gestión de Calidad Total. *Rev Calidad Asistencial* 1998;12:414-8.
14. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Ignacio E, Mira JJ, Palacio F, et al. *An adaptation of the EFQM model to the Spanish health care setting*. 16<sup>th</sup> International Conference on Quality in Health care. Melbourne, Australia, octubre 1999.
15. Shaw C. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on *visitatie*, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *Int J Qual Health Care* 2000;12:169-75.
16. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza. *Modelo para la autoevaluación de centros sanitarios, utilizando como referencia el Modelo de Excelencia 2000 de la EFQM. Modelo simplificado*. Vitoria: Osakidetza, 1999.

17. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, et al. *Autoevaluación de centros sanitarios utilizando como referencia el Modelo de Excelencia de la EFQM. Proyecto FIS 98/214.* Madrid: MSD, 2001.
18. Arcelay A, Lorenzo S, Bacigalupe M, Mira JJ, Ignacio I, Palacio F, et al. Adaptación de un modelo de calidad total a las instituciones sanitarias españolas. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15:184-92.
19. Moracho O. Arquitectura de procesos en el Hospital de Zumárraga. *Qualitas Hodie* 1999;7:60-5.
20. Moracho O. Gestión por procesos y Modelo Europeo de Excelencia en el Hospital de Zumárraga. Evaluación y Mejora Continua. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:140-8.
21. EUSKALIT/Fundación Vasca para la Calidad. *Memoria Q de Plata del Hospital de Zumárraga.* Zamudio: EUSKALIT, 2001.