

Mesa 4:

La gestión de la calidad en la clínica

Envejecimiento y calidad asistencial

J. Juan Solano-Jaurrieta

Jefe de Servicio de Geriátría. Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Los problemas planteados por el envejecimiento de las poblaciones no pueden considerarse problemas que afectan en exclusiva a un grupo social minoritario, aunque cada vez más numeroso. Somos precisamente aquellos que aún no formamos parte de esa minoría los que más nos beneficiaremos a medio plazo de los posibles cambios culturales, estructurales y organizativos que seamos capaces de introducir en nuestro sistema de salud. Todos, por lo tanto, somos los beneficiarios de una planificación correcta en este ámbito.

La base teórica sobre la que deben asentarse estos cambios es simple, pero su aplicación práctica requiere un difícil cambio de perspectiva. Las relaciones que se establecen entre enfermedad, incapacidad y necesidad de servicios son complejas en el caso de los ancianos, pero la investigación relativa al envejecimiento ha conseguido en los últimos años establecer una serie de principios básicos que deben regir la planificación:

1. La mayor eficiencia del sistema sólo se conseguirá mediante el desarrollo de recursos específicos en cada punto del mismo (tanto sanitario como social).

2. El interés se ha ido desplazando progresivamente de las unidades de tipo "custodial" (residenciales), indudablemente necesarias, hacia los servicios con mayor capacidad de intervención (unidades de agudos de Geriátría, unidades de rehabilitación geriátrica), ya que éstas han demostrado reiteradamente su capacidad para evitar o retrasar el desarrollo de incapacidad en este grupo de población. En este punto estriba precisamente el decisivo cambio cultural al que nos enfrentamos. Se trata de alcanzar la conciencia de que nuestras organizaciones sanitarias no se encuentran preparadas para atender las necesidades de los ancianos. No tienen la orientación necesaria. Incluso, en una proporción no desdeñable de casos, no es la enfermedad, sino la intervención que sobre ella hacemos la responsable de la dependencia.

3. Esta cultura debe impregnar también los instrumentos de que nos dotamos para evaluar nuestros niveles asistenciales. Nuestros sistemas de información y los indicadores de calidad que propongamos deben incluir necesariamente variables relevantes para una población de características especiales. Sólo los análisis en términos de resultados funcionales pueden considerarse adecuados para conocer los resultados de nuestra actividad. La cronicidad de la enfermedad, la pluripatología, la tendencia a la incapacidad conllevan que la toma de decisiones en base a indicadores más clásicos sea cuestionable.

4. Nuestros proyectos de investigación deben incluir a esta franja de población, sobre la que en general disponemos

de escasa información, ya que su seguimiento resulta más complejo que el de la población más joven.

5. Por último, las guías de práctica clínica que utilizamos deberían matizar la toma de decisiones en función del parámetro pronóstico más importante para la población anciana, nuevamente la capacidad funcional.

Como vemos, no se trata tan sólo de un problema de coordinación, que también lo es. Se trata de modificar nuestra estructura asistencial, de inducir cambios culturales en los profesionales, de especialización, de desarrollo de recursos específicos (basándonos siempre en evidencias sólidas). Las medidas aisladas no nos conducirán al éxito.

Bibliografía

1. Iezzoni LI. Risk adjustment for measuring healthcare outcomes. Health Administration Press. Chicago, 1997.
2. Calkins E, Boulton C, Wagner EH, Pacala JT. New ways to care for older people. Building systems based on evidence. Springer Publishing Company, New York, 1999.

El modelo de excelencia de la European Foundation for Quality Management (EFQM) como herramienta para la mejora de los Equipos de Atención Primaria

Josep Davins-Miralles

Médico de familia. Director del Equipo de Atención Primaria La Mina. Institut Català de la Salut.

Introducción

La introducción de modelos de gestión integral de la calidad ha obligado desde hace tiempo a plantear sistemas de evaluación que vayan más allá de la medida aislada de la calidad de los productos, los servicios o los resultados^{1,2}.

Entre las actividades propias de un equipo de atención primaria (EAP) destacan por su importancia las orientadas a la mejora continua de la calidad asistencial. Estas incluyen la aplicación de métodos de evaluación que identifican aspectos de mejora³. El modelo que propone la European Foundation for Quality Management (EFQM) es una herramienta que, utilizada en el enfoque de la auto evaluación, nos permite identificar áreas de mejora desde una perspectiva integral que nos conduce a la excelencia, tal y como la entiende la EFQM⁴. Es un marco de trabajo que se basa en los principios

de la excelencia: la orientación a los resultados y al cliente, el liderazgo y la constancia en los objetivos, la gestión por procesos y hechos, el desarrollo y la implicación de las personas, el aprendizaje, la innovación y la mejora continua, el desarrollo de las alianzas y la responsabilidad social.

El modelo EFQM plantea valorar la gestión de la calidad bajo la premisa de que la consecución de unos buenos resultados en la organización proviene de la correcta gestión de unos factores, aspectos o agentes que los facilitan.

Los resultados excelentes respecto al rendimiento de una organización, sus clientes, sus profesionales y la sociedad, se consiguen mediante un liderazgo que dirige e impulsa la política y estrategia y, además, gestiona de forma adecuada a los profesionales, las alianzas, los recursos y los procesos. El modelo EFQM de excelencia contempla todos estos factores y los resume en 9 criterios, cinco denominados agentes, que facilitan la obtención de los otros cuatro, que son de resultados.

Utilizar el modelo EFQM para evaluar una organización implica favorecer la cultura de la mejora continua, la participación y el compromiso directivo, la visión global de la organización y el entorno, la detección de puntos fuertes y áreas de mejora y el consenso organizativo. El método, además, fomenta la innovación, la creatividad y la implicación de los profesionales. Una de las dificultades que presenta el modelo viene determinada por la propia visión de la globalidad de la organización, que lo convierte en un modelo exhaustivo, por lo que su aplicación puede resultar farragosa y limitar su utilización. Además, es escasa la experiencia de aplicación del modelo en equipos de atención primaria.

Dentro del marco de una experiencia piloto en el Servicio de Atención Primaria (SAP) Sant Martí de Barcelona en el año 2000, se aplicó este modelo en las diferentes unidades productivas que lo integran, entre ellas, el EAP la Mina. Los resultados fueron dispares pero ofrecen la oportunidad de tener un conjunto de experiencias en este Modelo.

El objetivo de este original es demostrar la utilidad, como herramienta de mejora, de la aplicación del modelo de excelencia propuesto por la *European Foundation for Quality Management* en el EAP La Mina. Este estudio forma parte de una Tesis Doctoral becada por la Fundació Jordi Gol i Gurina, que, con la hipótesis de que el modelo EFQM de excelencia es una herramienta de auto evaluación efectiva para la mejora de los EAP, presenta como objetivo principal identificar los aspectos a tratar que simplifiquen la aplicación del modelo y así, obtener un formulario más sintético para la aplicación en los EAP.

Material y métodos

La Tesis Doctoral, de la que forma parte este estudio, tiene dos objetivos: a) demostrar que el modelo de excelencia es efectivo para la mejora de un EAP y, b) obtener una herramienta que facilite la auto evaluación y la mejora de los EAP. En este original se presenta los resultados referentes al primero de ellos.

El ámbito del estudio es el EAP La Mina y los sujetos evaluados son sus profesionales y la dirección. La variable principal del estudio son las mejoras a los 2 años objetivadas con la aplicación del modelo EFQM en el año 2000.

Las fases del estudio son las siguientes:

Aplicación del modelo de excelencia EFQM (junio 2000)

Cuatro miembros del EAP La Mina que pertenecían al equipo de mejora continua existente en el centro desde 1989, recibieron formación en el último trimestre de 1999, por parte de un miembro de la EFQM, dentro de un programa específico de aplicación del modelo EFQM en los EAP del SAP Sant Martí. El modelo agrupa los criterios de evaluación en 9 áreas diferentes que, en su conjunto, forman la excelencia. Estos criterios se detallan en las tablas 1 y 2. Cada criterio se subdivide en diferentes subcriterios para facilitar su concreción en la auto evaluación.

Para la aplicación del modelo se utiliza la denominada tarjeta REDER. Cada uno de los criterios del modelo se valoran según su enfoque o planificación, su despliegue, su evaluación-revisión y sus resultados (tabla 3).

Recogida y análisis de los datos

Cada uno de los miembros aplicó de forma individual los criterios del modelo en las 9 áreas que contempla. Se dispónía de un cuestionario para orientar sobre los diferentes aspectos y procesos valorados por el modelo. Después de diversas reuniones el grupo consensuó un informe que fue validado por un miembro de la EFQM. Se obtuvo la validez aparente mediante una sesión de consenso con el EAP. Se añadieron las sugerencias de los profesionales del EAP que fueron pertinentes. De esta forma se dispuso de un informe exhaustivo y definitivo de la situación basal del EAP.

De este informe se extrajeron para cada uno de los subcriterios, por un lado, los puntos fuertes que tiene el EAP, que se deberían mantener y potenciar, y por otro, las áreas de mejora que se deberían priorizar para después analizarlas y mejorarlas. Del informe definitivo se extrajo una lista de aspectos clave a mejorar de cada uno de los criterios valorados. Se agruparon los aspectos que afectaban a procesos clave comunes para simplificar la lista.

Selección de proyectos de mejora

Se realizó una priorización grupal por parte de los 12 miembros del equipo de mejora del centro, constituido en grupo nominal: en primer lugar, mediante ordenación simple se redujeron los proyectos de mejora a 12 que luego se priorizaron mediante una matriz de comparación según criterios modificado de Williamson⁵. Los criterios utilizados para la priorización fueron la dependencia interna, la frecuencia, la gravedad, la eficiencia y la mensurabilidad.

Para cada uno de los proyectos priorizados, se identificaron directores o responsables de proyecto. Se formaron equipos de mejora en función de las necesidades de los diferentes proyectos.

Definición de los proyectos de mejora y su seguimiento

Para definir los proyectos de mejora se utilizaron las recomendaciones del Centre Català de Qualitat⁶ con las que se elaboró un formulario que facilitó el desarrollo estandarizado de todos los proyectos de mejora (definición del problema, identificación del proceso clave, análisis de causas, situación basal, soluciones, implantación de los cambios con cronograma y res-

ponsables definidos). En la definición del problema se valoró su repercusión en la población y en la organización. Se definieron indicadores para medir la situación basal para cada uno de los proyectos. Se valoró toda la información cuantitativa existente y se obtuvo aquella que se consideró necesaria.

Se determinaron los objetivos de mejora de cada proyecto. Se presentaron al EAP y se le añadieron las sugerencias que fueron oportunas. Se estableció un cronograma, mediante diagrama de Gantt, de cada proyecto. Se realizó seguimiento periódico del estado de los proyectos

Evaluación en el año 2002, de los proyectos identificados en el año 2000 con el modelo EFQM

En junio 2002, se realizó una reevaluación de los proyectos identificados hace 2 años, para comprobar si alcanzaban el estándar preestablecido. Se obtuvieron indicadores para objetivar las mejoras conseguidas en cada uno de los proyectos identificados y priorizados. Asimismo se realizó en julio 2002 una nueva auto evaluación con el modelo de excelencia.

Obtención del formulario simplificado del modelo de excelencia EFQM

El ámbito del estudio para el objetivo de obtener un formulario simplificado es el SAP Sant Martí, con los 9 informes de auto evaluación EFQM realizados en el año 2000. La variable principal son los aspectos clave de cada subcriterio identificados en las 9 unidades del SAP Sant Martí, (7 EAP, la unidad de salud mental y el servicio de radiología). La recogida de datos y su análisis se realizó a partir de los aspectos identificados mediante la aplicación del modelo de auto evaluación con la tarjeta REDER. Para el diseño del formulario, de cada uno de los subcriterios valorados por el modelo se identificaron los aspectos-procesos afectados tanto en los puntos fuertes como en las áreas de mejora. Se listaron los aspectos más relevantes de cada uno de los subcriterios (que determinan la mayoría de la puntuación) para diseñar un formulario de aplicación en la atención primaria. Se codificaron los aspectos identificados, en función de las concordancias por procesos y principios de excelencia a que hacían referencia. También se tuvo en cuenta la concordancia entre EAP. Cada aspecto identificado como clave se estableció como ítem de un formulario, siguiendo las recomendaciones de la

Tabla 1. **Criterios del modelo EFQM. Aspectos valorados por los criterios agentes.**

Agentes que facilitan:	Valora
1. Liderazgo	La capacidad de liderar del director del EAP. La gestión de la calidad requiere un liderazgo plenamente comprometido con la estrategia de la organización. Debe existir una coherencia en los objetivos de la organización. Los líderes deben desarrollar la cultura de la organización. Se identificarán todos aquellos aspectos que hacen posible un liderazgo de calidad
2. Política y estrategias	La planificación y su desarrollo en el EAP. La definición del servicio, la diferenciación del servicio en calidad y el servicio total. Se identificarán la misión, visión, planes estratégicos y objetivos de la organización
3. Gestión de profesionales	La organización y los procesos referentes a profesionales. El factor humano que presta el servicio: las personas de la organización. En el sector servicios, las personas son el principal activo de las organizaciones y el único elemento capaz de generar una ventaja sostenible en el tiempo. Sin las personas no es posible atender las expectativas del cliente, ni conocerlas ni satisfacer los principios por los que éste evalúa la calidad del servicio: la empatía, la honestidad, la seguridad o la confianza. Se identificarán la participación e implicación de las personas en la organización, y como se gestionan valores como el conocimiento, la perspectiva, la imaginación y la creatividad
4. Gestión de alianzas y recursos	Las relaciones externas y los recursos. Valora las relaciones externas. Las organizaciones no están solas, forman parte de un entramado empresarial que tiene una repercusión social. Desde el punto de vista social, el producto de la organización tiene que ver con los aspectos del entorno sobre los que repercute de forma directa o indirecta. La gestión de recursos también es esencial. Se identificarán todos aquellos aspectos de coordinación y relación con la comunidad local, nacional y internacional
5. Gestión por procesos	La organización, circuitos, flujos, procesos. Los tres elementos, personas, clientes y servicios, confluyen en una sucesión de procesos mediante los que se gestiona el servicio que acaba produciendo la satisfacción o insatisfacción del cliente. Un proceso es una secuencia de acciones que, a partir de unas entradas, se va añadiendo valor hasta producir una salida que es el servicio que ha requerido el cliente. La gestión por procesos se basa en hechos y en su medida sistemática a través de la información que generan. Una vez identificados los procesos entendidos como actividades necesarias para dar un servicio, es mucho más fácil introducir instrumentos de mejora. La gestión por procesos constituye un elemento estratégico de la mejora continua y el rediseño de procesos, el de la innovación. Se identificarán los procesos estratégicos, clave y de apoyo/soporte de la organización. De cada proceso se determinará su concreción, definición de propietario y efectividad

Para los agentes que facilitan la excelencia, el modelo plantea conocer periódicamente como la organización *enfoca* cada agente. Cada atributo de los agentes facilitadores se puntúa de 0 a 100% en función de la existencia de evidencias (sin evidencias o anecdóticas 0%; algunas evidencias 25%; si hay evidencias 50%; si son claras 75% y si hi hay en todo el conjunto valorado 100%).

Tabla 2. **Criterios del modelo EFQM. Aspectos medidos por los criterios resultados.**

Agentes de resultados:	Mide
6. Resultados en los clientes	Sobretudo la satisfacción del cliente externo. La satisfacción es uno de los puntales fundamentales que debe sostener una empresa de servicios. Sin cliente no hay servicio. Sin cliente satisfecho, tampoco. La satisfacción es el resultado de la relación entre lo que se percibe y lo que se espera. Para satisfacer un cliente debemos, como mínimo, cubrir sus expectativas y generar un servicio con elementos de calidad sorpresa, además de la esperada. Se identificarán resultados referentes a los factores de la “tarjeta invisible de evaluación de la calidad percibida” de Cottle ¹¹ : elementos tangibles, capacidad de respuesta, empatía, seguridad y confianza. Es clave en la evaluación de este criterio la existencia de mecanismos para identificar satisfacción del cliente: encuestas, análisis de las reclamaciones y sugerencias...
7. Resultados en los profesionales	Sobretudo la satisfacción del profesional. La gestión global de la calidad permite y persigue la satisfacción de los profesionales de la organización. La participación, la implicación, la motivación y el compromiso forman parte de un conjunto de valores a evaluar en nuestros profesionales. La autonomía, el reconocimiento y la participación son clave. Se identificarán resultados referentes a los factores comentados en el criterio 3. Es clave en la evaluación de este criterio la existencia de mecanismos para identificar satisfacción del cliente interno: encuestas, análisis de quejas y sugerencias del cliente interno, grado de participación en las diferentes actividades clave de la organización
8. Resultados en la sociedad	El impacto en el entorno y la comunidad. Es el impacto, a priori positivo, que tiene la organización en la sociedad. Se identificarán todos aquellos aspectos de resultados de impacto sobre la comunidad local, nacional e internacional
9. Resultados clave	Los aspectos más relevantes de los resultados del EAP. En el ámbito sanitario se dan dos categorías: <i>los económicos</i> . Las partidas presupuestarias como financiación básica del personal, inmovilizado y gastos corrientes, existencias, compras. Se identificarán los aspectos más relevantes en resultados económicos de la organización, que pueden evaluarse también sobre la base de la comparación con otras organizaciones similares – <i>los asistenciales de la organización</i> . La gestión en el ámbito asistencial debe entender el resultado de la organización como el resultado sanitario. Las organizaciones sanitarias públicas están sometidas al resultado asistencial para lo que han estado contratadas. Los planes de salud, las direcciones por objetivos institucionales, o los contratos-programa son requisitos asistenciales o de resultado sanitario marcados por el que financia el servicio o prestación Se identificarán los objetivos sanitarios propuestos en la organización como resultado clave. El objetivo final de un negocio es obtener beneficios, que no siempre deben ser económicos

Los agentes de resultados se refieren a qué ha conseguido la organización en relación a sus objetivos y a los resultados de otros. Cada atributo de los agentes de resultados se puntúa de 0 a 100% en función de que la información sea escasa o nula (0%) hasta la existencia de buenos resultados en la mayoría de áreas o con tendencias positivas, 100% (en tendencias se valoran al menos los 3 últimos años).

EFQM, aplicado al ámbito de la atención primaria. En la actualidad, se está pendiente de la validación del formulario con expertos.

Resultados

En la auto evaluación del EAP La Mina en el año 2000 se identificaron 114 áreas de mejora diferentes. Se excluyeron 46 problemas que tenían en su causa principal un origen externo al EAP. En las 68 restantes (52 internas y 16 mixtas) las causas más frecuentes fueron los errores de organización interna (44), seguidos de las causas externas (14), las de actitud (9) y las de competencia técnica (1) del profesional.

Se agruparon las oportunidades de mejora en 31 proyectos diferentes. El grupo de calidad del EAP seleccionó mediante la aplicación de la matriz de priorización los siguientes proyectos: la mejora de las actividades comunitarias (a pesar de que se realizaban, éstas no estaban sistematizadas ni institucionalizadas), el enfoque ecológico (que hasta el año

2000 era anecdótico), el trabajo en equipo, en especial el del colectivo de administrativos (con un clima laboral muy desfavorable), la gestión por procesos (falta de manual de procedimientos actualizado), la coordinación con otros niveles asistenciales (puntual y esporádica), la mejora de la información interna, en especial si revierte en mejoras (muchísima información no integrada ni analizada), entre otros.

Se desarrollaron los proyectos siguiendo la metodología de la mejora continua. Se crearon algunos equipos de mejora permanente (orientación comunitaria y ecológica), y en otros casos se delegó en algunos de los existentes en el EAP (procesos, recursos, urgencias, formación, prescripción, fiestas, información).

A modo de ejemplo, se presentan los proyectos sobre mejora de la actividad comunitaria, de la ecológica, de la gestión de procesos, de la información y del trabajo en equipo:

El grupo de orientación comunitaria ha sistematizado las actividades comunitarias. Entre ellas destacan el programa semanal de radio en la emisora local “Radio La Mina” (sobre aspectos de educación sanitaria, realizado en directo y de for-

Tabla 3. Valoración con la tarjeta REDER.

En los *resultados* se valoran cinco atributos

Tendencias, valora que éstas sean positivas o haya un rendimiento bueno mantenido

Objetivos valora la consecución de los objetivos y que éstos sean los apropiados

Comparaciones valora que las comparaciones con otros sean favorables

Causas valora hasta que punto los resultados son motivados por el enfoque

Alcance valora hasta que punto tenemos resultados de todo lo que hacemos

En el *enfoque* se valoran dos atributos:

solidez, con un argumento claro, con procesos bien definidos y desarrollados y orientado a los clientes y a los que tienen intereses en la organización

Integrado, que apoya la política y estrategias del centro y de la organización y está en consonancia con otros enfoques apropiados.

En el *desarrollo* del enfoque se valoran dos atributos:

Implantación del enfoque en las áreas relevantes

Sistemática, con evidencia de desarrollo estructurado del enfoque

En la *evaluación y revisión* del enfoque se valoran tres atributos:

Medida periódica de la eficacia del enfoque y el desarrollo

Aprendizaje de las actividades que se utilizan para identificar y compartir las mejores prácticas y oportunidades de mejora

Mejora, analiza los resultados de la medida y el aprendizaje y se utiliza para identificar, priorizar, planificar y implantar mejoras.

ma interactiva con la población, al responder a las preguntas de las personas que llaman), las charlas periódicas en grupos de la comunidad (mujeres del barrio, instituto de secundaria, escuela de primaria, guarderías), la participación en la plataforma de entidades y en las asociaciones de vecinos, la participación y la organización de la semana cultural del barrio, la participación en el Consorcio de La Mina (organismo formado por la Generalitat de Catalunya, Ayuntamientos de Sant Adrià de Besòs y de Barcelona), la coordinación intersectorial con entidades y agentes del barrio (educación, seguridad, farmacia...), la publicación periódica en la revista local del barrio "Mira La Mina", la formación en actividades comunitarias a otros profesionales, las campañas vacunales y las intervenciones en problemas de salud identificados como prioritarios (drogas, tabaco, alcohol, salud dental, etc.). Los indicadores de efectividad de este proyecto, como el grado de participación de los profesionales (> 85%), el grado de satisfacción del profesional y de la población, el número de actividades sistematizadas, el abordaje de problemas de salud priorizados presentan unos resultados o tendencias muy satisfactorias.

El grupo de mejora de los aspectos ecológicos ha realizado difusión de recomendaciones para el consumo y desarrollo sostenible, ha intervenido en aspectos como el reciclaje de papel, cartuchos de impresora, circuito de eliminación de pilas, radiografías, citotóxicos, material clínico y no clínico desechable. Se han realizado dos encuestas sobre conocimientos y actitudes y se han obtenido indicadores cuantitativos. La mejora en los conocimientos y las actitudes de los profesionales también fue evidente. El reciclaje de papel se cuadruplicó en 1 año.

Respecto al proyecto de mejora de procesos, en este período de tiempo se ha actualizado el manual de procedimientos de forma que existe un documento donde se describe cada proceso, sus responsables o propietarios, las actividades y los indicadores para su control. Una adaptación resumida del documento se entrega a los profesionales que empiezan a trabajar en el EAP en el plan de acogida al nuevo profesional.

En el proyecto de mejora de la información se analizó el problema y se decidió intervenir en las múltiples causas iden-

tificadas. Se consensuó un circuito de información, se consiguió una sala de reuniones, unos buzones personales para depositar informaciones individualizadas y unos paneles para difundir informaciones generales. Se sistematizó la publicación de una revista interna con una periodicidad de cada dos meses. Se ha evaluado mediante encuesta el resultado de las intervenciones, siendo muy favorable.

Los resultados en los proyectos de mejora del trabajo en equipo también son buenos. La participación de los profesionales en equipos de mejora, al igual que en las actividades comunitarias, es elevada (> 85%). La encuesta de satisfacción del profesional presenta resultados muy satisfactorios. El clima laboral en el colectivo de administrativos ha mejorado de forma evidente (conflictos entre profesionales anecdóticos, peticiones de cambio de centro escasas y sin materializarse, encuesta de satisfacción con tendencias o resultados positivos).

En definitiva, a los 2 años de su identificación, el 82,3% de los 68 aspectos sin causa externa presentaban alguna mejora: 38 de los aspectos (55,8%) mejoraron según los objetivos previos, 18 casos (26,5%) mejoraron sin llegar al estándar y en 12 la situación no había variado (17,64%).

Respecto al segundo objetivo de la Tesis, se identificaron 1.803 aspectos clave en los 9 informes EFQM 2000 de los equipos del SAP Sant Martí, que se resumen en 709 aspectos diferentes (concordancia entre informes). Estos se agrupan en 597, que a su vez se codifican en los aspectos clave que forman parte del formulario definitivo, clasificando cada uno de ellos en el subcriterio del modelo de excelencia EFQM que más está afectado. Se obtiene un listado de aspectos por subcriterio pendiente de validar por expertos en el tema.

Discusión

Son muchos los condicionantes que facilitan que el EAP La Mina obtenga unos buenos resultados mediante la aplicación del modelo de excelencia EFQM. En primer lugar, el EAP La Mina se inició en actividades de mejora continua de la calidad hace 14 años, por lo que la cultura de la calidad está

ampliamente difundida entre sus profesionales⁷. El EAP La Mina se formó en el año 1984 y dispone de un Plan de Mejora Continua (PMC) centralizado en un equipo de mejora permanente desde 1989. La existencia de este PMC ha sido definitiva en muchos aspectos que afectan a los criterios del modelo, en especial en al que se refiere a la política y estrategia.

En segundo lugar, la consistencia y coherencia en la orientación del liderazgo y la dirección del PMC y del EAP La Mina ha sido favorecida por la continuidad y proximidad de las tres personas que han dirigido el PMC en estos 14 años. En un principio el PMC fue diseñado, implantado y liderado por la Dra. Roser Marquet. Posteriormente, el PMC fue dirigido por el Dr. Davins desde 1992 hasta 1998, fecha en que asumió las tareas de director del EAP, hasta la actualidad. Desde 1998 el Plan de Mejora está dirigido por la Dra. Silvia Calvet. En estos años, estos profesionales han mantenido una estrecha relación tanto laboral, docente como en el ámbito de la investigación. El liderazgo en las actividades de calidad se ha materializado mediante la continuidad en la orientación del PMC que impulsa la aplicación de los principios de la excelencia.

Otro factor clave en toda empresa de servicios son los profesionales que "fabrican" este servicio⁸. La grado de motivación, participación e implicación de los profesionales y el trabajo en equipo de los profesionales del EAP La Mina es bueno.

La orientación al cliente es otro factor clave. El estudio de sus necesidades y expectativas mediante el examen preliminar de salud comunitario y las encuestas de satisfacción son aspectos estratégicos que facilitan el abordaje de los problemas de salud de la comunidad y la obtención de unos grados de satisfacción positivos⁹. Además, con esta perspectiva comunitaria, el umbral entre cliente y sociedad se hace imperceptible. Asimismo, en esta sociedad en la que interactuamos existen otras instituciones u organismos que también se relacionan con nuestros clientes o con nuestro EAP. La relación y coordinación (alianzas) con estas entidades es necesaria para la excelencia. En este marco, las actividades ecológicas añaden valor a la responsabilidad social del EAP.

Finalmente, la orientación a los resultados, la mejora de su información y su repercusión en mejoras, se fundamenta en la sistematización de la recogida de información y sus canales de distribución. Los resultados de los diferentes indicadores permiten monitorizar los aspectos y los procesos clave de nuestro servicio sanitario.

Como conclusión, el modelo de excelencia propuesto por la EFQM es una herramienta útil para la auto evaluación de los EAP. La visión global de la organización con el modelo ayuda a establecer la estrategia adecuada para alcanzar la excelencia¹⁰. La identificación de áreas de mejora, la selección de los proyectos prioritarios, y su desarrollo y la consecución de objetivos demuestra la utilidad del modelo para la mejora de la calidad de un EAP.

Sin lugar a dudas, al implantar la cultura de la excelencia en un EAP (y con ella, la auto evaluación como método), se genera una dinámica de mejora que se fundamenta en el mismo cambio conceptual, más que en el propio método.

Agradecimientos:

A la Dra. Roser Marquet, que ha sido y es mi gran maestra. A la Dra. Silvia Calvet, que ha sido y es mi motor. A la Dra. Clara Pareja, que ha sido y es mi mejor alumna. A la Fundació Jordi Gol i Gurina por la beca que me ha proporcionado tiempo. Al EAP La Mina, que ha sido y es más que un equipo.

Bibliografía

- Costa i Estany JM. Gestió de la qualitat en un món de serveis. Edicions Gestió 2000. Unibersitat Oberta de Catalunya, 1998.
- Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J. Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement. San Francisco: Jossey-Bass, 1990.
- Palmer RH. Ambulatory health care evaluation: principles and practice. American Hospital Publishing, 1983. Edición en castellano: Evaluación de la Asistencia Ambulatoria. Principios y práctica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Dirección General de Planificación Sanitaria, 1989.
- European Foundation for Quality Management oficial page. Disponible en: <http://www.efqm.org> (1 de julio 2003).
- Williamson JW. Formulating priorities for quality assurance activity: description of a method and it application. JAMA 1978; 239:631-7.
- Centre d'Innovació i Desenvolupament Empresarial de la Generalitat de Catalunya (CIDEM). Página ofical. Disponible en: <http://www.cidem.com> (1 de julio 2003).
- Davins J, Avellana E, Marquet R. Mejora de la calidad en atención primaria: experiencia de cuatro años de un programa de mejora de la calidad. Atención Primaria 1995;16:80-4.
- Kinlaw DC. Continuous Improvement and Measurement for Total Quality: A Team-Based Approach. San Diego: Pfeiffer & Company, 1992.
- Zeithalm V, Parasuraman A, Berry L. Calidad total en la gestión de servicios. Madrid: Diaz de Santos, 1993.
- Marszalek-Gaucher E, Coffey RJ. Transforming Healthcare Organizations: How to achieve and sustain organizational excellence. San Francisco: Jossey-Bass, 1990.
- Cottle D. El servicio centrado en el cliente. Madrid: Díaz de Santos, 1991.

Experiencia de autoevaluación con el modelo europeo de excelencia en la gerencia de atención primaria Torrelavega-Reinosa

Emilio Pariente

*Responsable de Calidad. Servicio Cántabro de Salud.
Ex-Director Médico de la GAP Torrelavega-Reinosa. Servicio
Cántabro de Salud*

Un rasgo inherente al ser humano es la búsqueda de la trascendencia.

Y en ese intentar descubrir qué hay más allá de nosotros, los antiguos ya nos decían que la solución puede residir en nosotros mismos.

Desde los escritos de S. Agustín (Conócete, acéptate, supérate) a la Grecia antigua de Sócrates (Conócete a ti mismo), desde la filosofía del mundo árabe (Quien se conoce a sí mismo conoce a su Señor) hasta el taoísmo de Sun-Tzu (Conócete a ti mismo y serás invencible), numerosos pensadores han entendido que emprender ese camino hacia nuestro interior nos lleva a la Sabiduría.

Siglos más tarde, al hablar de Excelencia, se nos dice que debemos reflexionar continuamente sobre nuestros comportamientos respecto a las Personas, a los Pacientes, a los Procesos. Que debemos mirar a nuestro interior para mejorar.

El Modelo Europeo responde a ese principio atemporal tan sencillo y poderoso como es progresar mediante la observación interior, y ahí reside su fortaleza.

Introducción

Las organizaciones sanitarias han vuelto la vista a los "nuevos" postulados sobre calidad que aporta el ámbito industrial. La pretensión es encontrar respuestas para la cambiante realidad actual, una situación de cambios sociales y económicos que imponen a las organizaciones sanitarias nuevas respuestas, nuevos retos.

A lo largo de décadas, la cultura sanitaria ha ido construyendo unos cimientos sólidos basados en el aseguramiento de la calidad, con aportaciones diversas que contribuían a dar solidez al entramado: Guías de práctica clínica, Protocolos de diagnóstico y tratamiento, los Criterios (normas técnicas), la Certificación ISO.

No obstante, el establecimiento de normas y estándares relativos a la estructura y al proceso –el cuerpo doctrinal de la Garantía de Calidad–, no ha conseguido evitar los problemas de calidad que se detectan en los sistemas sanitarios.

Ello se debe, por un lado, a que el sistema de calidad se ha estructurado desde un planteamiento puramente técnico (las normas son elaboradas por expertos que, a su vez, son los encargados de evaluar la práctica y acreditar o certificar los servicios), olvidando el contexto cultural en el que tienen que aplicarse. Por otro lado, la creciente participación de los pacientes en la toma de decisiones médicas comporta la necesaria utilización de variables de resultados relevantes para el propio paciente –como puede ser la satisfacción con el servicio recibido– y no limitarse al uso de variables de proceso o resultados de parámetros clínicos utilizados habitualmente en estudios de eficacia.

Los rápidos cambios sociales, económicos y tecnológicos hacen que los sistemas de calidad tengan que adaptarse rápidamente y adoptar modelos de gestión descentralizados, en los que tan importantes son las intervenciones o los servicios que se prestan, *como la forma en que se prestan*. Es la gran aportación del kaizen (Mejora Continua).

La conjunción de todos estos factores hace que de forma imparable se esté asistiendo a la transición de un enfoque de calidad del servicio –proporcionado por el aseguramiento, y que lógicamente habrá que mantener– a un enfoque (más amplio, más global) de calidad de la organización.

Aquí interviene el Modelo Europeo de Excelencia, que ofrece el incorporar la calidad a todo lo que hacemos a diario.

El Modelo EFQM dice cómo gestionar la calidad de los productos o servicios, pero también qué valores debe incorporar el Centro para conseguir los resultados que les pide el Modelo: satisfacción de sus clientes, de sus trabajadores, de la sociedad y resultados finales tanto en términos económicos como de salud o alivio ganados por sus usuarios¹.

Tras varios años en la Gerencia de Atención Primaria (GAP) Torrelavega-Reinosa de realización de actividades de gestión de la calidad basadas en el desarrollo del "Esquema 3P" (Pacientes-Profesionales-Procesos), se hacía necesario un marco que ofreciese un enfoque integrador de todas ellas.

El equipo directivo de la GAP decidió asumir en marzo de 2002 el Modelo Europeo de Excelencia como herramienta gerencial que diese soporte a la mejora continua de la gestión. Se definieron los siguientes objetivos:

- Obtener una visión global de puntos fuertes y áreas de mejora con una Autoevaluación según el Modelo Europeo, en una reflexión realizada por profesionales asistenciales y del equipo directivo.
- Transformar la información resultante en un despliegue de objetivos a corto-medio plazo a diferentes niveles de la organización.
- Continuar con el objetivo anual de formar en los métodos de la Mejora Continua a los profesionales del Área.
- Por último, demostrar a los grupos de interés el compromiso con la Calidad que tiene la Gerencia de AP Torrelavega-Reinosa.

Material y métodos

Ámbito

La GAP Torrelavega-Reinosa, perteneciente al Servicio Cántabro de Salud, presta servicios de primer nivel de atención a 156.610 habitantes. La actividad se desarrolla en dos áreas de salud: Área de Salud de Torrelavega (12 ZBS) y Área Especial de Salud de Reinosa (2 ZBS). La región cuenta con una población dispersa y envejecida en el interior y una franja costera que ejerce de foco de atracción en cuanto movimiento migratorio interno. Las personas que trabajan en la GAP son 390 profesionales, organizados en 13 EAP, la Unidad de Gestión y varias Unidades de Apoyo. El funcionamiento se basa en la descentralización y la dirección por objetivos, y en una vocación de búsqueda de la eficacia y eficiencia de los servicios a través de la mejora continua de la calidad, con la participación de usuarios y profesionales.

El Cuestionario Adaptado

Las opciones de autoevaluación con el Modelo Europeo son diversas (formularios, cuestionarios, matrices), y hay autores que recomiendan la utilización de modelos simplificados o adaptados cuando se utiliza por primera vez².

En este primer acercamiento al Modelo, La Gerencia de AP Torrelavega-Reinosa ha utilizado el *Cuestionario EFQM Adaptado a AP*³, cuya aparición está prevista para el verano de 2003. El Proyecto de elaboración del Cuestionario Adaptado se inició en 2001, ha sido liderado por el Dr. Siro Lleras

–SaCYL–, y en el grupo de trabajo han participado profesionales asistenciales, miembros de Sociedades Científicas y profesionales del ámbito de la gestión de Castilla-León, Cantabria y Madrid.

El Cuestionario Adaptado pretende minorar la dificultad que ofrece el formato original, en el que su lenguaje empresarial puede resultar lejano para el profesional de AP. Sus características son las siguientes:

- Los 9 criterios se despliegan en 26 subcriterios. En total, 159 preguntas.
- La escala de puntuación de cada una de las preguntas es de 0 a 100, definiéndose 4 tramos o escalones que facilitan la valoración del ítem.
- Hay una matriz REDER para Agentes y una Tabla de Valoración de Resultados, donde se referencia la puntuación de cada pregunta.

Tabla 1. **Categorías de los profesionales.**

Categoría	N.º de participantes del Grupo EFQM	Pertenecían a la Comisión de Calidad de Área
Coordinador de Equipos	1	–
Médico de Familia	5	5
Auxiliar administrativo	2	1
Técnico de Ordenación Sanitaria	1	1
Enfermera	1	1
Directora de Enfermería	1	–
Responsable de Unidad Docente	1	–
Director Médico	1	1
Total	13	9

Tabla 2. **Cronograma .**

Actividades	2002								
	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.
El equipo directivo asume el Modelo EFQM como soporte a la mejora de la gestión									
Se presenta el proyecto en Consejo de Gestión, ante los Coordinadores de los EAP									
Formación específica en el Modelo. Se constituye el Grupo de Autoevaluación									
Reparto de material informativo. Reuniones de acuerdo (2)									
Cumplimentación individual del Cuestionario									
Reuniones de consenso (2) ante preguntas con dispersión excesiva en las respuestas									
Presentación del Informe Final de la Autoevaluación									
El equipo directivo inicia la elaboración de Acciones de Mejora									

El grupo evaluador

El Equipo Directivo de la GAP había establecido dos premisas:

- En primer lugar, que el ámbito de evaluación debía ser el Área, entendiendo que la herramienta presentaba (para nuestra organización y en ese momento) un mejor rendimiento potencial en dicho nivel, que en el nivel de EAP.
- En segundo lugar, la Autoevaluación EFQM se centralizaría en la Comisión de Calidad de Área, presidida por un miembro del Equipo Directivo y participada por los Responsables de Calidad de las ZBS. Esta comisión conduce y vehicula todas las actividades del Plan de Calidad de la Gerencia.

El grupo evaluador debía reflejar una adecuada participación de los Centros y de estamentos, de forma que quedase cubierta la mayor parte de los procesos de la organización. Al mismo tiempo, el número de participantes no debía ser excesivamente numeroso para no comprometer la operatividad del grupo.

La elección final recayó en 13 profesionales, que se distribuían en las siguientes categorías (tabla 1 y 2).

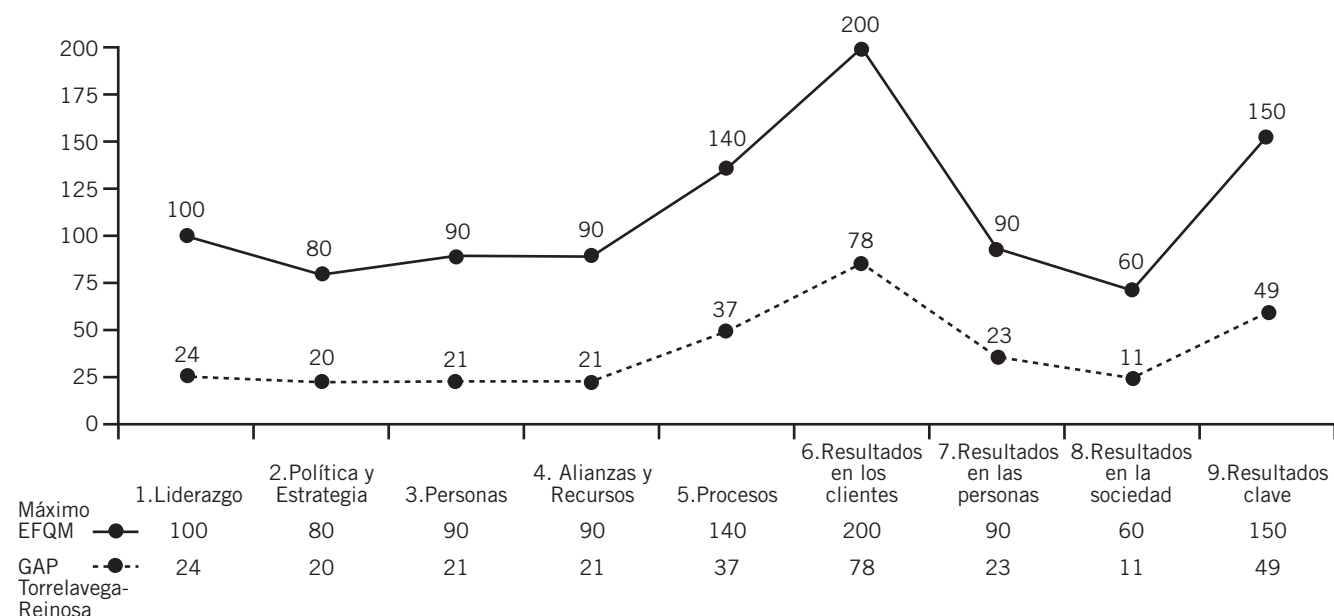
Resultados

Las puntuaciones

Esta fase es la última responsabilidad del Grupo EFQM, pues como se explica más adelante, en la planificación de la Autoevaluación se contemplaba que fuese el Equipo Directivo de la GAP quien explicitase las acciones de mejora.

El Modelo Europeo presenta un nivel de exigencia muy alto. Las organizaciones de nuestro entorno sanitario situadas entre los 300-400 puntos pueden considerarse con un alto nivel de excelencia. La puntuación global obtenida por la GAP ha sido 284, que se distribuye por criterios (fig. 1).

Figura 1.



Respecto a los subcriterios, cabe mencionar que la puntuación máxima la obtuvo el subcriterio 6-B (Indicadores internos de rendimiento sobre Resultados en Clientes) con 40 puntos, y la mínima, el subcriterio 8-A (Medidas de percepción sobre Resultados en Sociedad) con 15 puntos. Por tramos de puntuación, los 26 subcriterios se distribuyen en la tabla 3.

Las Acciones de Mejora

- *Las siete y media es un juego.*
- *¿Un juego?*
- *Y un juego vil*
que no hay que jugar a ciegas,
pues juegas cien veces, mil,
y de las mil ves, febril,
que o te pasas o no llegas.
Y el no llegar da dolor,
pues indica que mal tasas
pero ¡ay de ti si te pasas!
¡Si te pasas es peor!

(Pedro Muñoz Seca: *La venganza de don Mendo*)

Sea a partir de un análisis cualitativo (puntos fuertes/ áreas de mejora) o de un análisis cuantitativo (puntuaciones), las Acciones de Mejora (AM) son la traducción en acciones de los déficits detectados. Es el momento de establecer las correcciones que, una vez efectuadas, nos abrirán paso a una nueva autoevaluación futura. Por tanto, es una fase crítica en el ciclo de mejora.

En nuestro caso, las AM se establecieron a partir de las puntuaciones obtenidas en los subcriterios y en las preguntas de que está compuesto cada uno de ellos. Hemos entendido este momento como de una importancia capital. Hasta el

punto de que todos los esfuerzos previos por realizar un buen ejercicio de autoevaluación pueden resultar baldíos si no se definen correctamente las AM, tanto en número como en factibilidad y efectividad.

Al igual que el juego de las siete y media, tan malo es pasarse como no llegar.

La explicitación de las AM implica conocer muy a fondo la organización para plantear actuaciones correctas. Se entendió que la responsabilidad de esta fase recaía en el Equipo Directivo de la GAP, no así en el propio Grupo de Autoevaluación, lo cual no obstaba para que las AM que definía el Equipo Directivo fueran en ocasiones enriquecidas con las aportaciones de la propia Comisión de Calidad de Área.

Las AM que se definieron fueron 30, distribuidas dentro de los criterios Agentes en la tabla 4.

Cada una de ellas está asignada a un miembro del Equipo Directivo, y cuenta con un cronograma de análisis, desarrollo y ejecución que en ningún caso excede de dos años.

El seguimiento de la ejecución de las Acciones de Mejora es realizado por el miembro del Equipo Directivo que simultanea la coordinación del Plan de Calidad.

Tabla 3.

Tramos de puntuación	Número de subcriterios
15-19 puntos	3
20-24 puntos	9
25-29 puntos	9
30-34 puntos	2
35-39 puntos	2
40-44 puntos	1

Tabla 4.

Criterio	Organización frente a máximo EFQM	Acciones de mejora
Liderazgo	24%	8
Política y Estrategia	25%	5
Personas	23%	8
Alianzas y Recursos	23%	7
Procesos	26%	2
Total		30

Discusión

• El Modelo EFQM se ha mostrado una vez más como una potente herramienta de diagnóstico. Se trata de una herramienta que puede guiar la actuación sin perder de vista ninguno de los aspectos que se consideran importantes para la empresa. Aporta una base a partir de la cual la organización puede iniciar un proceso de mejora continua sin los riesgos de desorden derivados de un planteamiento menos estructurado.

• Se ha recurrido a adaptaciones del Modelo en diferentes ámbitos, con el fin de aprovechar al máximo sus potencialidades^{4,5}. En nuestro caso, entendemos que la desventaja de no utilizar el cuestionario original ha quedado compensada con creces por una mejora en sensibilidad (entendida “sensibilidad” en su acepción clásica de “detección de casos”) que aporta el Cuestionario Adaptado a Atención Primaria.

• Si bien la autoevaluación puede ser realizada a nivel de EAP, entendemos que es a nivel de Área donde las ventajas se manifiestan más claramente: se favorece la implicación de los directivos, es más fácil el acceso a información, es más llevadera la carga de trabajo, y hay una mayor capacidad para mover a la acción tras el análisis –por ejemplo, mediante los Contratos de Gestión con las Unidades–.

• Salvando la subjetividad inherente a toda autoevaluación, si se hace con rigor, ésta puede ser intachable, tanto si concluye en un análisis cualitativo (PF/AM) como si concluye en una puntuación. La puntuación permite la comparación de la organización en el tiempo, y la documentación de las mejoras. De esta forma, la reiteración de la autoevaluación permitirá evidenciar dónde se está mejorando. Sin embargo, obliga a ser especialmente cuidadoso y meticuloso en la forma de puntuar, dejando claros los criterios seguidos para poder ser comparados los resultados en el tiempo. Asimismo hay que tener presente, en organizaciones aún no maduras en este terreno, el posible efecto perjudicial o de descrédito de la herramienta que puede acarrear tener una puntuación “baja” o “más baja que la Gerencia, el Hospital o el EAP de al lado”.

• Tras la obtención inicial de las puntuaciones, se celebraron dos reuniones de consenso, para analizar en profundidad las preguntas cuyas respuestas mostraban un alto grado de dispersión en las respuestas. La selección de dichas preguntas se hizo en función de dos criterios: El mayor rango en las respuestas y una desviación estándar en las respuestas igual o superior a 16. En ambas reuniones se analizaron 32 preguntas (20% del total del cuestionario). Tras las dos reuniones de consenso y la modificación al alza o a la baja de al-

guna puntuación media, la puntuación final pasó de 280 a los 284 puntos definitivos.

• Podemos hablar de dos tipos de dificultades con que nos hemos enfrentado: De un lado, garantizar un nivel similar de información para hacer la Autoevaluación a profesionales de diferentes estamentos y de diferentes Centros; de otro lado, a la hora de evaluar, los miembros del grupo debían ser capaces de integrar, para cada aspecto, la valoración de su EAP junto con la valoración del área. Ambas se solventaron con formación específica en el Modelo Europeo, con una adecuada documentación para los componentes (ayudó en gran medida el material utilizado para el Plan Estratégico de la GAP) y con las reuniones del Grupo previas al trabajo individual. Los esfuerzos previos para preparar material de consulta o para acordar criterios de interpretación pueden ser claves a la hora de obtener un diagnóstico certero de la organización.

• Esta primera experiencia nos ha servido también para detectar áreas de mejora en cómo se ejecuta una Autoevaluación EFQM: en un futuro, incidiremos más aún en la fase de documentación previa y en los consensos de interpretación y puntuación.

• Por último, cabe mencionar que todo el proyecto se realizó con recursos propios de la Gerencia, sin gastos específicos destinados al mismo. No se recurrió a ninguna empresa de consultoría.

Conclusiones

La experiencia ha sido positiva, tanto durante el trabajo del Grupo (en un ambiente cordial tuvimos ocasión de compartir diferentes visiones de una misma organización) como por el rendimiento obtenido en nuestro primer acercamiento al Modelo EFQM.

Siendo como es un instrumento de evaluación, el Modelo Europeo paradójicamente puede ser una de las claves para pasar en nuestras organizaciones de una cultura de evaluación a una cultura de calidad.

Anexo

Actividad galardonada con el 2º Premio en la Edición 2003 de los Premios de la Sociedad Cantabria de Calidad Asistencial.

Bibliografía

1. Sánchez E. Modelo EFQM y calidad asistencial. Rev Calidad Asistencial 2002;17:64-6.
2. Moracho O, Colina A, Amondarain MA, Aguirre L, Ruiz-Álvarez E, Salgado MV. Experiencia práctica del proceso de evaluación externa con el Modelo de Excelencia de la EFQM en el Hospital de Zumárraga. Rev Calidad Asistencial 2001;16:322-9.
3. Lleras S. Guía de Autoevaluación en Atención Primaria. Adaptación del Modelo EFQM (en prensa).
4. 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. Madrid: MSD, 2001.
5. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. II Plan de Calidad de las Universidades. Cuestionario de Evaluación de Servicios. Madrid, 2001.