

Adaptación de un Modelo de Gestión de Calidad Total al sector sanitario

Andoni Arcelay*, Susana Lorenzo**, Mayte Bacigalupe***, José J Mira****, Fernando Palacio*****, Emilio Ignacio*****, Julián Vitaller*****, Victoria Velasco*****

*Dirección Gerencia. Hospital de Txagorritxu (Vitoria), **Gabinete del Plan de Calidad. Fundación Hospital Alcorcón (Alcorcón), ***Unidad de Gestión Sanitaria. Hospital de Txagorritxu (Vitoria), ****Servicio de Gestión de Calidad, Universidad Miguel Hernández (Elche), *****Dirección de Atención Primaria de Reus (Reus), *****Universidad de Cádiz (Cádiz), *****Universidad Miguel Hernández (Elche), *****Unidad de Calidad. Área 1 Atención Primaria (Madrid)

Correspondencia

Susana Lorenzo
Gabinete del Plan de Calidad
Fundación Hospital Alcorcón
C/ Budapest 1
28922 Alcorcón (Madrid)
E-mail: slorenzo@fhacorcon.es

"El modelo europeo constituye una potente herramienta para la mejora"
Donald Berwick

Resumen

Introducción: La implantación de técnicas de gestión de calidad total en el sector sanitario es reciente, este artículo describe el proceso de adaptación del modelo EFQM de excelencia a nuestro medio.

Material y método: El proceso de adaptación se realizó mediante técnicas cualitativas y han participado en su elaboración expertos de diferentes Servicios Regionales de Salud y del Insalud.

Resultados: En la adaptación se ha modificado mínimamente el modelo en el nivel de criterios, aunque en el nivel de subcriterios se ha simplificado para facilitar su aplicación en nuestro medio, y se han incluido las diferentes áreas a analizar en cada uno de los subcriterios para facilitar el proceso de evaluación.

Palabras clave: Gestión de Calidad Total. EFQM.

Summary

Introduction: Total quality management techniques are currently being introduced in the health care sector. This paper describes the process of adaptation of the European Foundation for Quality Management Excellence Model to this setting.

Material and methods: The adaptation was done using qualitative techniques, through the participation of experts from some of the Regional Health Services and Insalud.

Results: The adapted model minimally modifies the original one at the criteria level, even though when we reach the subcriteria some modifications and simplifications have been done in order to facilitate its application. The different areas to be analyzed when using the model, both in primary health centers and hospitals, have been identified to facilitate the evaluation process.

Keywords: Total Quality Management. EFQM.

Introducción

A pesar de que las primeras normas para regular la atención médica se remontan más de treinta siglos, la implantación de técnicas de evaluación y de mejora de la calidad en el sector sanitario es mucho más reciente. Entre las aportaciones más relevantes en nuestro medio encontramos tanto la propuesta de Donabedian¹, que sistematizó la evaluación y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en el análisis de la estructura, el proceso y los resultados; como los conceptos de mejora continua que introdujo Berwick² hace tan sólo una década.

El concepto actual de calidad ha evolucionado hasta convertirse en una forma de gestión que introduce el concepto de mejora continua en cualquier organización y a todos los niveles de la misma. Por ello, la definición de una atención sanitaria de calidad de acuerdo con los principios de la mejora continua abarca diferentes aspectos de la asistencia sanitaria: reducir variabilidad, satisfacer las necesidades de los clientes, mejorar

permanentemente y cambiar la cultura de toda la organización para conseguir los niveles más altos de calidad con los recursos disponibles. En la actualidad, el concepto de mejora continua se aproxima a la clínica, para conseguir que los cuidados se presten de la forma más efectiva y eficiente posible. Por esta razón, es necesario basarse en la evidencia científica^{3,4} y en la perspectiva de todos los clientes⁵. Nuestras organizaciones deben procurar satisfacer no sólo las necesidades técnicas (eficacia, efectividad, adecuación, etc.)⁶ sino también otros aspectos relativos a la calidad percibida como: seguridad, fiabilidad, accesibilidad, capacidad de respuesta o empatía⁷.

La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) desarrolló un modelo de autoevaluación que permite aplicar la Gestión de Calidad Total (GCT) en el sector sanitario (figura 1). El citado modelo nació, con financiación de la Unión Europea, en 1991⁸, actualizándose recientemente con el denominado *Modelo EFQM de Excelencia*⁹. El objetivo de la EFQM es doble: difundir la cultura de la GCT en el ámbito de las empresas

Europeas, identificando aquellos aspectos (criterios) que tienen interés en la gestión de cualquier organización y facilitar una herramienta para la autoevaluación de las empresas: cómo contemplan y cumplen los criterios de calidad; identificando los puntos fuertes de la misma, a mantener y potenciar, y las áreas de mejora que es necesario abordar. El modelo europeo -que tiene en cuenta las distintas fases del ciclo de mejora continua o PDCA²: planificación (P) que debe incluir no sólo cómo se va a realizar la implantación, sino también el método de control y ajuste; la ejecución (D), evaluación o revisión (C) y ajuste (A)- ha tenido una enorme difusión, y aunque la cultura que lo sustenta puede considerarse asumida como herramienta de autoevaluación por un gran número de organizaciones en el sector sanitario¹⁰⁻¹⁸, ha sido, tal vez por su complejidad, poco utilizado en nuestro entorno^{19,20}.

Los objetivos de este trabajo son desarrollar una adaptación del modelo Europeo para la Gestión de la Calidad Total para el sector sanitario público y establecer un método consensuado que facilite su aplicación en empresas de servicios sanitarios en nuestro medio.

Material y método

Se realizó un estudio basado en técnicas de investigación cualitativa mediante la participación de diferentes expertos de algunos de los Servicios Regionales de Salud en las Comunidades Autónomas con transferencia en materia de sanidad y del INSALUD, buscando alcanzar consenso sobre los contenidos, instrumentos y métodos de aplicación del modelo EFQM al sector sanitario, tanto en atención primaria, como en hospitales²¹.

El proyecto se desarrolló en 2 fases sucesivas, a lo largo de dos años:

Primera fase

Se efectuó una revisión de la literatura y el estudio pormenorizado de las experiencias de autoevaluación identificadas que se habían realizado siguiendo las directrices del modelo EFQM, tanto en el sector sanitario¹⁹⁻²⁷ como en otros sectores de servicios^{28,29}. Las tareas las realizaron los diferentes grupos de investigadores que se integran en este proyecto. La información recopilada se distribuyó posteriormente entre todos los grupos para proceder a su análisis. El conjunto constituyó el material de trabajo para las fases posteriores.

Segunda fase

Caracterizada por la aplicación de técnicas cualitativas, fundamentalmente sesiones abiertas de tormenta de ideas y grupos de discusión para proponer los elementos que permitirían evaluar cada uno de los nueve elementos o criterios que componen el modelo EFQM⁹ (liderazgo, política y estrategia, gestión de personal, recursos y alianzas, procesos, resultados para los clientes, resultados para los profesionales, impacto en la sociedad y resultados de la organización) en el sector sanitario. Se recurrió también a las nuevas tecnologías habilitando listas de distribución de correo electrónico entre los investigadores que posibilitaron la extensión de los grupos de consenso a participantes distantes geográficamente.

Para analizar los criterios del modelo EFQM se constituyeron 8 grupos de trabajo. Cada grupo asumió la responsabilidad de adaptar uno de ellos (excepto en un caso que se asumieron los dos criterios relativos a satisfacción) a las condiciones y características del sistema sanitario público. Los expertos fueron seleccionados en virtud de su titulación (médicos, enfermeros, psicólogos, sociólogos o economistas), puesto de trabajo (gestión y clínicos) y experiencia reconocida (publicaciones y/o actividad profesional).

La metodología aplicada en todos los casos se basó en los grupos de discusión en los que se intentó aprovechar al máximo los conocimientos y experiencias de los integrantes de cada grupo, trabajando en sesiones sucesivas de búsqueda de consenso sobre cada uno de los criterios para identificar aquellos subcriterios más representativos y qué elementos del sistema sanitario los describirían mejor, tanto en atención primaria como en hospitales, así como las áreas de interés que mejor explicaban el contenido de los criterios en el sector sanitario público. Además se adaptó la terminología, aligerando el texto de términos que podríamos considerar excesivamente empresariales y poco asimilables por el personal del sector, sintetizando los contenidos en cada uno de los criterios. Para evitar posibles sesgos debidos a la composición de cada grupo, el material consensuado se enviaba a la lista de distribución de correo electrónico para recibir, antes de cada reunión plenaria, comentarios y sugerencias. Este procedimiento permitió agilizar notablemente las sesiones de consenso.

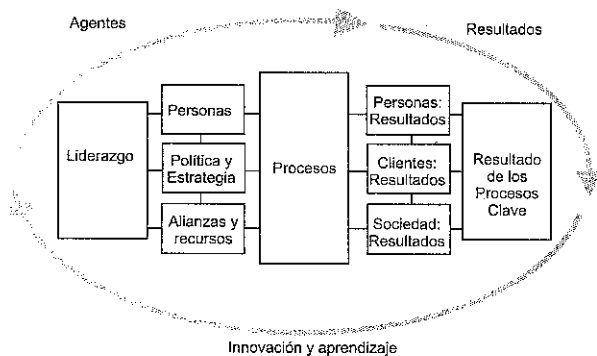
Los coordinadores (líderes) de cada grupo mantuvieron varias sesiones plenarias en las que, siguiendo la misma metodología, revisaron uno a uno los criterios que constituyen el modelo, los diferentes subcriterios y las áreas de interés que habría que analizar en cada uno de ellos en el contexto de una organización sanitaria. Mediante este procedimiento se consensuaron los subcriterios y sus elementos más significativos, y se adaptó a la última versión del modelo que presentó oficialmente la EFQM en abril de 1999⁹.

Posteriormente, la propuesta de contenidos resultante fue revisada por evaluadores externos expertos en el modelo de la Fundación Vasca para la Calidad (Euskalit), para cerciorarnos de que no quedaba ningún aspecto contemplado por el mismo sin analizar en una organización sanitaria. Por último se procedió a la redacción y maquetación final del documento que pretende recoger las características esenciales del documento original de la EFQM aunque pensando en el trabajo propio de los profesionales de las instituciones sanitarias en nuestro medio.

Resultados

Se han respetado los nueve criterios de la última versión del modelo original⁹ modificando mínimamente el vocabulario empleado para facilitar su comprensión (figura 1): el criterio 2 se denomina "Estrategia", el 3 "Recursos humanos" y en el 4 hemos invertido el orden: "Recursos y alianzas". Sin embargo en el nivel de subcriterios se han introducido algunas modificaciones para facilitar su aplicación, pensando fundamentalmente en el personal asistencial poco familiarizado con la terminología del modelo. Por un lado se ha procedido a su simplificación mediante la fusión de algunos subcriterios, de modo que la

Figura 1. Modelo EFQM de Excelencia



Fuente: European Foundation for Quality Management

versión adaptada contiene 9 menos que la versión original (ver tabla 1), al tiempo que se eliminó el vocabulario excesivamente empresarial por dificultar la comprensión del modelo a los profesionales sanitarios a los que va dirigida esta adaptación. Y por otro se han identificado las áreas que deben ser consideradas para su evaluación en organizaciones sanitarias en cada uno de los subcriterios del modelo, tanto en atención primaria como en hospitales.

Para comprender la complejidad del modelo y hasta qué nivel se puede profundizar en el análisis de una organización sanitaria, se han incorporado las áreas que se han considerado que deberían ser evaluados en los subcriterios referentes a los criterios 1: Liderazgo y 5: Procesos. La selección de estos dos criterios se debe a la complejidad de evaluación del liderazgo en el primer caso y a la utilidad de la gestión de procesos en las organizaciones sanitarias en nuestro entorno¹⁰⁻¹⁸. Estas notas no hacen sino "dar pistas" a los evaluadores que faciliten la evaluación de su institución, identificando las áreas que deben analizar, facilitando así la comprensión del contenido.

Criterio 1. LIDERAZGO

- **Subcriterio 1a:** Los directivos y mandos intermedios desarrollan la misión, visión y valores de su centro/unidad, actúan de acuerdo con ellos, y se implican personalmente en garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de su organización.

En este subcriterio se puede incluir qué hacen los directivos y mandos para:

- Desarrollar la misión, visión y valores, actuando como modelo de referencia con su ejemplo.
- Implicarse activa y personalmente en actividades de mejora, estableciendo prioridades y traduciendo las propuestas en realidades.
- Estimular y apoyar la asunción de responsabilidades ("empowerment") de los trabajadores y la creatividad e innovación.

- Asegurar que se implanta un proceso de desarrollo, despliegue y actualización de la política y estrategia.
- Asegurar que se desarrolla e implanta un sistema de gestión de procesos.
- Asegurar que se desarrolla e implanta un proceso para medir, revisar y mejorar los resultados clave.

- **Subcriterio 1b:** Los directivos y mandos intermedios de la organización se implican personalmente con clientes, *partners* y representantes de la sociedad en actividades de mejora conjunta.

Las áreas a evaluar deben explorar como los directivos y gestores del ámbito clínico establecen alianzas y consiguen que tanto los profesionales del centro como ellos mismos se involucren en actividades de mejora conjunta con:

- Clientes: pacientes, familiares, departamentos de sanidad, compradores de servicios, asociaciones de usuarios, etc.
- Proveedores: de farmacia, material sanitario, tecnología, voluntariado, etc.
- Otras organizaciones externas: asociaciones profesionales y científicas, colegios, otros centros sanitarios y servicios, representantes de la sociedad, etc.

- **Subcriterio 1c:** Los directivos y mandos intermedios de la organización motivan, apoyan y reconocen a las personas que trabajan en ella.

En este subcriterio se puede incluir qué hacen los líderes para:

- Involucrarse y participar en actividades de comunicación (planes, objetivos, estrategias, objetivos clínicos, resultados, etc.)
- Ser accesibles, escuchar y responder activamente a las personas que trabajan en la organización.
- Estimular y apoyar a las personas de la organización para hacer realidad sus planes, objetivos y metas, aportando formación, el apoyo de la organización y los recursos necesarios destinando (económicos, tiempo, apoyo metodológico...).
- Reconocer oportuna y adecuadamente a las personas y equipos que se esfuerzan en mejorar, en todos los niveles de la organización.

Criterio 5: PROCESOS

- **Subcriterio 5a:** Gestión sistemática de los procesos, y diseño de éstos, basándose en las necesidades y expectativas de los clientes.

Las áreas a abordar podrían incluir cómo el centro, servicio/unidad:

- Utiliza una metodología adecuada y participativa para definir y estabilizar sus procesos (reducir su variabilidad). Este método debería incluir la definición de los siguientes aspectos:
 - Propietario del proceso
 - Límites del proceso
 - Expectativas de los clientes del proceso
 - Secuencia de actividades (Flujograma)
 - Características de calidad de las actividades del proceso

Tabla 1. Adaptación del modelo EFQM de Excelencia al sector sanitario

Criterio 1. LIDERAZGO

Definición: Cómo los directivos y mandos intermedios desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo e implantan todo ello en la organización mediante las acciones y los comportamientos adecuados, implicándose personalmente para conseguir que el sistema de gestión de la organización se desarrolle e implante.

Subcriterio 1a: Los directivos y mandos intermedios desarrollan la misión, visión y valores de su centro/unidad, actúan de acuerdo con ellos, y se implican personalmente en garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de su organización.

Subcriterio 1b: Los directivos y mandos intermedios de la organización se implican personalmente con clientes, *partners* y representantes de la sociedad en actividades de mejora conjunta.

Subcriterio 1c: Los directivos y mandos intermedios de la organización motivan, apoyan y reconocen a las personas que trabajan en ella.

Criterio 2. ESTRATEGIA

Definición: Cómo implanta la organización su misión y visión mediante una estrategia claramente centrada en todos los grupos de interés y apoyada por planes, objetivos, metas y procesos relevantes.

Subcriterio 2a: La estrategia se fundamenta en la siguiente información: expectativas actuales y futuras de los grupos de usuarios/clientes, y medidas del rendimiento, investigación, aprendizaje y creatividad de la organización comparándose con las mejores.

Subcriterio 2b: Desarrollo, revisión y actualización de la estrategia.

Subcriterio 2c: Despliegue de la estrategia mediante un esquema de procesos clave y comunicación e implantación de la misma.

Criterio 3: RECURSOS HUMANOS

Definición: Cómo gestiona, desarrolla y aprovecha la organización el conocimiento y todo el potencial de las personas que la componen, tanto a escala individual, como de equipos o de la organización en su conjunto; y cómo planifica estas actividades en apoyo de su estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.

Subcriterio 3a: Cómo el centro/servicio/unidad planifica, gestiona la adecuación del personal a sus necesidades, y mejora la gestión de los recursos humanos.

Subcriterio 3b: Cómo el centro/servicio/unidad desarrolla y mantiene el conocimiento y capacidad de sus recursos humanos, practica la transferencia de autonomía, y potencia la implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas.

Subcriterio 3c: Existencia de una comunicación entre las personas y la organización, así como de un sistema de reconocimiento y atención a éstas

Criterio 4: RECURSOS Y ALIANZAS

Definición: Cómo planifica y gestiona la organización sus alianzas externas y sus recursos internos en apoyo de su estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos

Subcriterio 4a: Gestión de las alianzas externas y de los recursos económicos y financieros.

Subcriterio 4b: Gestión de los edificios, equipos y materiales

Subcriterio 4c: Gestión de la tecnología y de los sistemas de información, conocimiento y de la propiedad intelectual.

Criterio 5: PROCESOS

Definición: Cómo diseña, gestiona y mejora la organización sus procesos para apoyar su estrategia y para satisfacer plenamente, generando cada vez mayor valor, a sus clientes y otros grupos de interés

Subcriterio 5a: Gestión sistemática de los procesos, y diseño de éstos, basándose en las necesidades y expectativas de los clientes

Subcriterio 5b: Cómo el centro/servicio/unidad introduce las mejoras necesarias en los procesos a través de la creatividad y capacidad de innovación del personal, para que satisfagan a los clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor

Subcriterio 5c: Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.

Criterio 6: RESULTADOS EN LOS CLIENTES

Definición: Qué logros está alcanzando la organización en relación con sus clientes externos.

Subcriterio 6a: Medidas directas de la percepción del cliente externo

Subcriterio 6b: Medidas indirectas relacionadas con la percepción del cliente externo

Criterio 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS

Definición: Qué logros está alcanzando la organización en relación con las personas que la integran

Subcriterio 7a: Medidas directas relacionadas con la satisfacción de los profesionales

Subcriterio 7b: Medidas indirectas relacionadas con la satisfacción de los profesionales

Criterio 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

Definición: Qué logros está alcanzando la organización en la sociedad, en el ámbito local, nacional e internacional (según resulte pertinente).

Este criterio mide el impacto de la organización en la sociedad en aquellos temas que no están relacionados ni con su misión ni con sus objetivos en el sistema sanitario: incidencia en empleo local, áreas medioambientales, actividades medioambientales, etc.

Subcriterio 8a: Medidas de percepción

Subcriterio 8b: Indicadores de rendimiento

Criterio 9: RESULTADOS CLAVE

Definición: Qué logros está alcanzando la organización con relación al rendimiento planificado

Hospitales

Subcriterio 9a: Indicadores económicos del rendimiento de la organización. Estas medidas son los resultados clave planificados por la organización y, dependiendo del objeto y los objetivos de la misma.

Subcriterio 9b: Indicadores del rendimiento de la organización. Son las medidas operativas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar los probables resultados clave del rendimiento de la misma.

Atención Primaria

Subcriterio 9a: Resultados clave del rendimiento de la organización. Estas medidas son los resultados clave planificados por la organización y, dependiendo del objeto y los objetivos de la misma.

Subcriterio 9b: Indicadores del rendimiento de la organización. Son las medidas operativas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar los probables resultados clave del rendimiento de la misma.

- Indicadores para evaluar el proceso (de eficiencia y satisfacción del cliente)
- Resuelve los problemas de coordinación entre servicio/unidades, con clientes externos y con proveedores, para gestionar de forma efectiva los procesos, respondiendo a criterios de continuidad asistencial.
- Comprueba la estabilidad de los procesos en relación con los indicadores de eficiencia y satisfacción del cliente.
- Aplica a la gestión de procesos sistemas estandarizados en aquellos ámbitos en que estos sistemas se adecuen al sector sanitario, por ejemplo, normativa ISO 9000, sistemas de gestión medioambientales o de gestión de riesgos laborales.
- **Subcriterio 5b:** Cómo el centro/servicio/unidad introduce las mejoras necesarias en los procesos a través de la creatividad y capacidad de innovación del personal, para que satisfagan a los clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor.
Las áreas a abordar podrían incluir cómo el centro/servicio/unidad:
 - Identifica y establece prioridades para los cambios y oportunidades de mejora
 - Facilita la utilización de metodología de mejora
 - Continua o proactiva: Herramientas clásicas
 - Drástica o reactiva: Rediseño o reingeniería
 - Utiliza información de los resultados, de las percepciones de los clientes y de las actividades de aprendizaje.
 - Estimula el talento creativo e innovador de sus empleados y otros grupos de interés para mejorar los procesos.
 - Realiza cambios estructurales y/o organizativos, para mejorar los procesos o utilizar nuevos diseños.
 - Implanta las mejoras, las comunica, y forma al personal sanitario si es preciso.
 - Revisa los cambios y comprueba su efectividad.
 - Diseña y desarrolla nuevos servicios que satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes.
- **Subcriterio 5c:** Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.
Las áreas a abordar podrían incluir cómo el centro/servicio/unidad:
 - Presta un servicio de atención a sus clientes acorde con sus necesidades, esforzándose por mantener la creatividad e innovación en sus relaciones con los clientes.
 - Tiene un método para averiguar las necesidades y expectativas de los clientes (quejas, reclamaciones, sugerencias y felicitaciones).
 - Utiliza encuestas y otras formas de recogida periódica de datos
 - Sigue periódicamente la evolución de indicadores relacionados con los clientes como demoras, listas de espera, reingresos no programados, cancelaciones de citas, etc...
 - Se implica de forma proactiva para debatir y abordar sus preocupaciones, necesidades y expectativas

En cuanto a la forma de aplicación, aunque existen varias formas de efectuar la autoevaluación⁸, proponemos utilizar el denominado enfoque proforma.

Discusión

El modelo de la EFQM constituye una herramienta útil para evaluar la gestión de cualquier organización, que posibilita orientar su gestión hacia el cliente⁹. Su empleo en la evaluación de una empresa consigue la sensibilización del equipo directivo y del staff en aras de la mejora de sus productos y/o servicios, según se desprende de una encuesta realizada a 519 empresas que lo habían aplicado³⁰. En este mismo trabajo, los encuestados destacaban la utilidad de la evaluación, principalmente gracias a la información obtenida sobre: orientación hacia la satisfacción del cliente, gestión de procesos y resultados económicos. Sin embargo a pesar de que este modelo ha tenido una enorme difusión en el sector industrial, hasta el momento ha sido poco utilizado en el sector sanitario^{19,20}, probablemente debido a que no se había adaptado a nuestro ámbito²³, de ahí surgió nuestra iniciativa.

Ahora bien, existen a priori algunas dificultades al recurrir al modelo EFQM como referente en el sector sanitario. La primera, sin duda, es el propio lenguaje que utiliza para describir el contenido de los criterios, que para muchos clínicos resultaría confuso o distante, de ahí la necesidad de su simplificación. En segundo lugar, las dificultades de tiempo y de dedicación que requiere su análisis y la evaluación que propone, y que solo pueden resolverse mediante el liderazgo del equipo directivo para llevar adelante la autoevaluación, como en cualquier modelo de gestión de calidad total. Al mismo tiempo, el cambio cultural que implica recurrir a un modelo que busca el análisis de cada una de las áreas de la gestión de una organización puede dificultar su aplicación. Entraña una alta capacidad de autocrítica, por otro lado saludable y recomendable para cualquier centro; aunque el trabajo que requiere su utilización en el caso de la gestión de un servicio clínico o quirúrgico es exhaustivo. Al mismo tiempo, no debemos olvidar que no siempre es posible actuar sobre las diferentes áreas de interés del modelo en organizaciones sanitarias públicas, lo que puede disuadir al clínico para que lo utilice. Será de nuevo el equipo directivo quien establezca y priorice áreas de mejora en función de las posibilidades de la organización.

Teniendo en cuenta las características del proyecto, se consideró idónea la utilización de una aproximación metodológica cualitativa para cumplir con sus objetivos. Las técnicas de investigación cualitativa, a diferencia de las cuantitativas, se orientan hacia la explicación y análisis de los fenómenos, de forma comprensiva, dinámica y con el propósito de generar ideas, compartir experiencias y presumir tendencias para el futuro^{31,32}. Sin embargo, cuando se realizan estudios de tipo cualitativo, resulta aconsejable trabajar con diferentes muestras de participantes, ya que no se basan en muestreos al azar sino que se buscan expertos (profesionales con reconocido prestigio, con conocimientos amplios sobre el tema, con información específica o detallada, con experiencia destacada o con perfiles atípicos)³³⁻³⁶. Por todo ello, el equipo investigador que ha realizado este trabajo (ver anexo) integra un conjunto de profesiona-

los conocedores de cada una de las áreas que componen el modelo, lo que permitió analizar con detalle y suficiencia investigadora los nueve elementos que lo integran²¹. La inclusión de profesionales de diversas comunidades autónomas, con realidades y responsabilidades diferentes, permitió satisfacer los requisitos de la futura aplicación de las técnicas a emplear. Para realizar el proyecto con el mayor dinamismo posible, los investigadores se agruparon en función de su proximidad geográfica en una primera fase, ya que en algunos casos coincidía con su mayor dedicación a un área concreta de investigación. De este modo, los diferentes grupos actuaron de forma que se complementaban los unos con los otros. Posteriormente los borradores de cada uno de los criterios se distribuyeron entre todos los grupos, y se unificaron en reuniones convocadas a tal fin. En abril de 1999 la EFQM presentó la nueva versión del modelo y el grupo investigador adecuó la adaptación realizada a esta nueva versión. Por tanto, el resultado es una adaptación al sector sanitario del modelo original en su versión más reciente⁹ que pretende facilitar la utilización del modelo EFQM en nuestro sector.

En cuanto a la forma de aplicación, aunque existen varias formas de efectuar la autoevaluación⁸, la minuciosidad de los resultados depende de la precisión de la información que se recoja. El enfoque más completo es el denominado "por simulación de presentación al premio" y aunque se trata de un enfoque muy completo, es el que consume más tiempo ya que permite compararse con los perfiles de puntuación de los candidatos al denominado *Premio Europeo de la Calidad*; sin embargo, el mayor inconveniente que presenta este enfoque es que puede resultar demasiado ambicioso como primer intento de autoevaluación. La aplicación del denominado enfoque "por formularios o proforma", requiere menos tiempo, y aunque no recoge la información completa sobre la organización, proporciona una relación de puntos fuertes y áreas de mejora para impulsar las actividades de mejora, y permite al mismo tiempo documentar la evidencia en la que se basan, se trata por tanto de un resumen de la situación muy próximo al primer enfoque, que facilitará la utilización futura para presentación al premio. Así mismo existe el denominado enfoque mediante "matriz de mejora" indicado en equipos pequeños, en los que cada organización debe crear su propia matriz, su inconveniente principal es que no proporciona información para establecer comparaciones, sin embargo es una forma fácil de empezar. Además existen los enfoques de autoevaluación por "reunión de trabajo", "cuestionario de evaluación" e "implicación paritaria", menos utilizados. Una vez valorada su aplicabilidad en nuestro medio, proponemos utilizar el denominado enfoque "proforma".

Sin embargo, sea cual fuere el enfoque empleado, conviene destacar que para evaluar los diferentes criterios, hay que tener en cuenta que todas las actividades tienen que tener un objetivo de acuerdo con la misión de la organización, y han de ser revisadas de forma sistemática y estructurada (revisión y ajuste), aportando los evaluadores los datos que justifiquen el análisis de cada uno de los subcriterios.

El objetivo fundamental del proceso de autoevaluación es reflexionar en equipo sobre las actividades y resultados de una organización enfrentándose a un modelo de excelencia y elaborar a continuación planes para la mejora continua de la misma.

Tras completar el proceso de autoevaluación, la organización deberá responder a las preguntas siguientes:

- ¿Qué puntos fuertes se han identificado que pueden mantenerse y aprovecharse al máximo?
- ¿Qué puntos fuertes identificados precisan de mayor desarrollo?
- ¿Qué áreas de mejora de las identificadas se considera como de máxima importancia abordar?
- ¿Qué planes de mejora se van a emprender?
- ¿Cómo se van a supervisar los planes de mejora acordados?

El impacto de estos planes se observará en el siguiente proceso de autoevaluación. Se trata pues de diseñar un plan de gestión comparando las actividades de la organización con un hipotético patrón de excelencia, que nos permitirá diseñar un plan de gestión de la empresa basado en la realidad. Hay que tener en cuenta que al aplicarlo en áreas o servicios concretos existen subcriterios sobre los que los propios gestores no tienen competencias (por ejemplo criterios de selección de personal, política medioambiental, etc.).

Conviene destacar que se han tenido en cuenta al desarrollar la adaptación del modelo las limitaciones propias del sector público que se han mantenido en cada uno de los criterios y que quedan reflejadas en un manual que se publicará próximamente, una vez finalizado el proceso de validación, junto con las denominadas "notas de apoyo" que se consideró necesario incluir para facilitar la autoevaluación de las organizaciones sanitarias: explicaciones de la terminología empleada y las áreas de interés que deberían ser analizadas tanto en atención primaria como en hospitales en cada uno de los subcriterios del modelo, y que permitirán a los gestores de cualquier organización sanitaria establecer objetivos de mejora en las mismas.

¿Por qué recurrir al modelo EFQM?. Sencillamente, porque se trata de un modelo ampliamente utilizado y que, por tanto, permite comparar estrategias y resultados. Aunque no exista evidencia empírica suficiente en cuanto a la bondad de las puntuaciones sí que existe un amplio consenso sobre las diferentes áreas que considera y que incluye el modelo. Es, por otra parte, tan genérica su denominación que cada sector debe adecuar ciertas partes del modelo a su particular situación para poderlo aplicar. Así mismo presenta un indudable valor didáctico. Si lo utilizan los clínicos, identificarán de forma muy sencilla los aspectos que deben tener en cuenta para gestionar un grupo humano y unos recursos materiales. Al mismo tiempo, este ejercicio permite introducir herramientas que facilitaran el salto hacia una cultura de la calidad en las organizaciones sanitarias.

No obstante esta adaptación no constituye un planteamiento cerrado, cada institución que lo utilice puede adaptarla a su ámbito de aplicación: área, servicio o unidad. En definitiva, se trata de un modelo de gestión de la calidad total en una organización sanitaria útil como instrumento de autoevaluación, que incluso puede permitir establecer comparaciones en el entorno sanitario y que pretende facilitar la aproximación de cualquier institución sanitaria a la autoevaluación con el Modelo Europeo. No obstante, si el objetivo de la organización es establecer comparaciones con empresas de otros sectores o si decide presentarse al Premio Europeo que convoca la EFQM anual-

mente, recomendamos a los responsables de la misma que utilicen la versión oficial del mismo. Nuestra adaptación, en un afán de difusión e introducción del modelo europeo en el ámbito sanitario, simplemente simplifica el trabajo de autoevaluación y pretende facilitar su aplicación y difusión en nuestro sector.

Agradecimientos

Nos gustaría subrayar que este trabajo no se hubiera podido desarrollar sin contar con la participación desinteresada de todos los integrantes de los diferentes grupos de trabajo, sin su ayuda y apoyo nuestra labor no hubiera sido posible. Así mismo, han resultado esenciales las aportaciones de Mikel Ugalde y de Elena Sánchez, con quienes hemos mantenido una estrecha colaboración durante todo el desarrollo del proyecto.

A todos ellos y al Fondo de Investigación Sanitaria, que financió nuestro proyecto, muchas gracias.

Anexo 1: Relación de participantes

Relación de participantes en los grupos de trabajo:

Aguado Blazquez, Hortensia
Aguirre Aranaz, Rosa M^a
Alvarez Rodríguez, Francisco R
Aranaz Andrés, Jesús
Arcelay Salazar, Andoni
Ardevol Miro, Mercé.
Aparicio, Isidoro
Arriaga Piñeiro, Esperanza
Bacigalupe Artacho, M^a Teresa
Benito Herranz, Luisa
Blanco Rubio, Angel
Busturia Jimeno, Purificación
Caballero Pérez, Sinesia
Cardín Vázquez, Jorge
Cruzado García, Dolores
Daniel Diez, Jordi
De la Peña Varona, Enrique
De la Escosura del Prado, Jesús
Diez Viñas, Victorino
Duran Navarro, Jaime
González Llinares, Rosa M^a
Herrero Cuenca, Juan Fco.
Hernando Uzkudun, Amaia
Ignacio García, Emilio
Laredo Velasco, Manuel
Larrode Pellicer, Cristina
Letona Aramburu, Jon
Lorenzo Martínez, Susana
Marquet Palomer, Roser
Martínez Conde, Ana Elizabeth
Martínez López, Constancia
Mira Solves, José J.
Moreno Perajta, José
Muñoz Castro, Cecilia
Muñoz Miguel, Concepción
Ochoa Palomar, M^a Jesús

Orio Coca, Isabel
Palacio Lapuente, Fernando
Pascual Morón, Ignacio
Perteguer Huertas, Inmaculada
Pico Soler, Victoria
Rodríguez Cornejo, M^a Jesús
Rubio Collado, Olga
Ruiz Escolar, Segundo
Sánchez González, Elena
Sarries Ulzurrun, Adriana
Silvestre Busto, Carmen
Velasco Sánchez, Victoria
Viciola García, Margarita
Vitaller Burillo, Julián
Zabala Aizpurua, Elena

Relación de investigadores del proyecto FIS 98/214

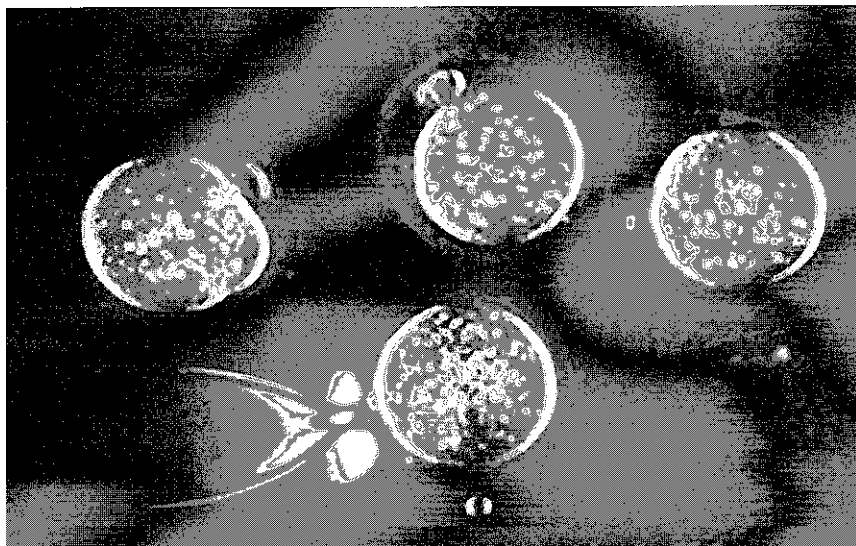
Aguado Blazquez, Hortensia
Arcelay Salazar, Andoni (equipo coordinador)
Aranaz Andrés, Jesús (asesor)
Arriaga Piñeiro, Esperanza
Bacigalupe Artacho, M^a Teresa (equipo coordinador)
Bestard Perelló, Juan José (asesor)
Calpena Gutiérrez, Gloria
Corella Monzón, Isabel (asesora)
De Diego García, Ignacio
Fernández Lorite, M^a Eugenia
Ferrer Tarrés, Joan M^a
Hernández Sánchez, Luis
Inclán Iribar, Gabriel
Ignacio García, Emilio (equipo coordinador)
Lorenzo Martínez, Susana (investigadora principal, equipo coordinador)
Mira Solves, José J. (equipo coordinador)
Moreno Peralta, José
Palacio Lapuente, Fernando (equipo coordinador)
Poves Martínez, Elvira
Rodríguez Cornejo, M^a Jesús
Rubio Flores, Julia
Silvestre Busto, Carmen
Suñol Sala, Rosa
Velasco Sánchez, Victoria (equipo coordinador)
Vitaller Burillo, Julián (equipo coordinador)

Bibliografía

1. Donabedian A. Evaluation the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966;44:166-203.
2. Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med* 1989;320:53-6.
3. Peiró S, Meneu R, Marqués JA, Librero J, Ordiñana R. La variabilidad en la práctica médica: relevancia, estrategias de abordaje y política sanitaria. *Papeles de Economía Española* 1998; 76:165-75.
4. Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. *Med Clin* (Barc) 2000; (en prensa).

5. Ford RC, Bach SA, Fottler MD. Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health Care Manag Rev* 1997;22:74-89.
6. Marión J, Peiró S, Márquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. *Med Clin (Barc)* 1998;110:382-90.
7. Mira JJ, Buil A, Rodríguez-Marín J, Aranaz J. Calidad percibida del cuidado hospitalario. *Gaceta Sanitaria* 1997;11:176-89.
8. *European Foundation for Quality Management. Autoevaluación: Directrices para el Sector Público: Salud* 1995. Madrid: Club Gestión de Calidad, 1996.
9. *European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de excelencia: 1999*. Madrid: Club Gestión de Calidad, 1999.
10. Lorenzo S. ¿Gestión de procesos en asistencia sanitaria?. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:243-4.
11. Arcelay A. Gestión de procesos. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:245-6.
12. Daniel J, Pascual I, Espelt P, Grifoll J, et al. Gestión por procesos en un equipo de atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:247-54.
13. Carbonell JM, Colomes L, Nualart L, Guix J, Suñol R, et al. Plan de atención integrada del Grup Sagessa: Una apuesta por la coordinación interniveles a partir del consenso y de la medicina basada en la evidencia. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:321-8.
14. González-Llinares RM. La estandarización de cuidados en la gestión del proceso asistencial. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:273-8.
15. Sánchez R, Sanado LA, Orio I, Fdez de Corres B, Rodríguez C. ¿Es posible satisfacer expectativas, reducir ineficiencias y mejorar la calidad a través del rediseño de un proceso?. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:255-8.
16. Alcalde J, Grávalos C, Rodríguez S, Martínez JI, Castells V, et al. Estudio del proceso "carcinoma de colon en cirugía programada". *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:265-72.
17. Altamore G, Álvarez FR, Lorenzo S. Implantación de un sistema de gestión integrada de procesos en la Fundación Hospital Alcorcón. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:307-11.
18. Estévez J. Gestión por procesos. Una herramienta eficaz para la mejora continua. *Todo Hospital* 1999;153:43-6.
19. Maíz 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.
20. 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.
21. 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 th International Conference on Quality in Health Care. Melbourne, Australia, octubre 1999.
22. Triquell LI. Els canvis a l'Hospital General d'Igualada aplicant els principis de la millora continua. *Revista del Consorci Hospitalari de Catalunya* 1993;17:6-11.
23. 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.
24. 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.
25. IESE. Sector hospitalari de Catalunya. *Estudis sectorials de qualitat*. Barcelona 1994.
26. Naylor G. Using the Bussiness Excellence Model to develop a strategy for a healthcare organization. *Int J Health Care Quality Assurance* 1999;12:37-44.
27. Pitt DJ. Improving performance through self-assessment. *Int J Health Care Quality Assurance* 1999;12:45-53.
28. Nguyen A, Kleiner BH. Technical Report: European company examples of excellent quality management. *Int J Vehicle Design* 1995;16:594-9.
29. Modelo europeo de gestión de calidad total para PYMES. Documento de solicitud del Premio Europeo de la Calidad. Madrid: Club Gestión de Calidad 1997.
30. Van der Wiele T, Williams RT, Dale BG, Kolb F, Luzón DM, Wallace M, Schmidt A. Quality management self-assessment: an examination in European business. *J Gen Manag* 1995.
31. Macnaughton RJ. Numbers, scales, and qualitative research. *Lancet* 1996;347:1099-100.
32. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ* 1995;311:109-12.
33. Zafra T. Investigación cualitativa y cuantitativa. Participación e intervención comunitaria. En: Gil V, Merino J, Orozco D, Quirce F. *Manual de Metodología de trabajo en Atención Primaria*. Madrid: Merck Sharp & Dohme eds, 1977.
34. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995;311:376-80.
35. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995;311:42-5.
36. Needleman C, Needleman M. Qualitative methods for intervention research. *American J In Medicine* 1996;29:329-37.

OBSERVATORIO DE BIOÉTICA Y DERECHO



El desarrollo de la biotecnología ha ido acompañado de un importante debate en la mayoría de los países occidentales ya que las nuevas posibilidades - especialmente las de la nueva genética- generan una manifiesta ambivalencia: por un lado se consideran el origen de grandes beneficios y, por otro, son el punto de partida de nuevas posibilidades de abuso. La contraposición entre esperanza y preocupación se detecta fácilmente en los medios de comunicación, en la opinión de los ciudadanos -más y menos informados- y en la de los propios científicos.

En estas circunstancias, es necesario contribuir a un debate público informado, que permita aproximar la biotecnología a la sociedad para que ésta pueda decidir -habiendo recibido información material rigurosa - qué es lo que considera beneficioso y qué es lo que no estima aceptable.

Con la finalidad de participar en esta tarea, implicándose en las demandas de la sociedad en que está inserta, la Universidad de Barcelona ofrece - a través del Observatorio de Bioética y Derecho - una línea de investigación pluridisciplinar, que proporcione criterios y argumentos para evaluar los problemas relativos al impacto de la investigación en biotecnología y biomedicina y de sus aplicaciones.

El Observatorio de Bioética y Derecho ofrece los servicios siguientes:



- Centro de investigación, prospección y difusión de los problemas éticos, jurídicos y sociales derivados de la biotecnología y la biomedicina
- Centro de consulta, documentación y asesoramiento técnico abierto a la sociedad en general, a la comunidad universitaria, organismos sanitarios, medios de comunicación, empresas e instituciones encargadas de la promoción de políticas públicas
- Centro de estudios, encuentros interdisciplinarios y actividades docentes y divulgativas: cursos, seminarios, jornadas, congresos y formación continua para personas y organismos públicos y privados
- Líneas de investigación preferentes: concepto de bioética y derechos humanos, intimidad y confidencialidad de los datos genéticos e historias clínicas, reproducción asistida, investigación con embriones y donación de gametos, sistemas normativos y bioética, repercusiones ético jurídicas de la detección de genes asociados a la enfermedad de Alzheimer, objetivos de la medicina, consentimiento y rechazo a los tratamientos...

El Observatorio de bioética y derecho participa, además, en las siguientes actividades:

Grupo de opinión para la difusión de comunicados y declaraciones sobre temas de actualidad y debate en el contexto de la opinión pública

Asociación de bioética y derecho, que ofrece seminarios y sesiones mensuales a los que se invita, además de a los miembros de la asociación, a los de la comunidad universitaria y a los profesionales interesados; se realiza también una jornada anual abierta al público en general

Máster en Bioética y Derecho, organizado por la UB y la Fundación Bosch i Gimpera en el Palau de les Heures y dirigido a profesionales sanitarios, juristas, periodistas, sociólogos, profesores de filosofía y de ciencias, pedagogos, enfermeras y otros licenciados y diplomados. La cuarta edición, se realiza en modalidad presencial y también a distancia.

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET

c/Baldri Reixac, 4-6. Torre D, 4º A4
08028 Barcelona
Tel/Fax 93 403 45 46
www: ub.es/fildt/bioetica.htm
E-mail: obd@pcb.ub.es

Dra. Maria Casado
E-mail: mcasado@dret.ub.es

