

SERVICIOS ONLINE

Experiencias en España

Caso práctico del proyecto "Mejora de la calidad de la unidad de psiquiatría de adolescentes del Hospital Gregorio Marañón".

Por Dra. Paula Vallejo y Dr. Celso Arango

A continuación se presenta el proceso de diseño e implantación de un sistema de mejora continua de calidad en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría de Adolescentes (UADO) en el Hospital Gregorio Marañón. La UADO se inauguró en noviembre de 2000 como recurso específico para los niños y adolescentes con trastornos mentales que precisan ingresos hospitalarios. La UADO tiene 20 camas para adolescentes de edades entre los 12 y los 17 años, cuya patología no puede ser tratada en otro dispositivo terapéutico menos restrictivo. Cuenta con un equipo multidisciplinar de 34 profesionales y atiende a un área de aproximadamente 3.5 millones de personas, de los que se calcula que un 15% tiene entre 12 y 18 años.

En el año 2002, los profesionales de la UADO se plantearon la conveniencia de implantar un sistema de mejora de la calidad de la asistencia que prestaban a los usuarios y, siguiendo las directrices marcadas por la Comunidad de Madrid y por el propio hospital, decidieron basarse en el Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (European Foundation for Quality Management, EFQM). El objetivo principal de este proyecto era realizar un cambio en el sistema de gestión de la Unidad, incorporando al mismo los principios y la metodología de mejora de calidad, con el fin de obtener un mejor aprovechamiento de los recursos, una mejor calidad de la asistencia prestada al paciente y una mayor satisfacción de los trabajadores. Al mismo tiempo, se pretendía aplicar el Modelo EFQM en una Unidad de Psiquiatría de Adolescentes (ámbito en el que no había experiencias previas de aplicación) y servir de piloto de aplicación del FQM en una unidad del Hospital Gregorio Marañón.

TRABAJO DE IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE MEJORA DE CALIDAD

La Figura 1 refleja de forma gráfica los pasos principales llevados a cabo para implantar el sistema de mejora de calidad en la UADO. El compromiso con la calidad y la iniciativa de implantar este proyecto surgió directamente de los líderes de la Unidad, que buscaron la colaboración de expertos en calidad y de la Unidad de calidad del propio hospital. Como los profesionales de la unidad no conocían el EFQM, la primera actividad fue realizar varias sesiones breves de formación en el modelo. A partir de ahí, se lleva a cabo un sistema cíclico de identificación de puntos fuertes y áreas de mejora, priorización de áreas de mejora y elaboración del plan de calidad para los siguientes años, cuyas acciones se desarrollan mediante grupos de trabajo. Hasta la fecha se han llevado a cabo dos autoevaluaciones: una en el año 2003 y otra en el año 2005. La exposición del trabajo realizado, por lo tanto, se estructura en sus dos fases principales: la

detección de oportunidades de mejora, mediante la autoevaluación según el modelo EFQM, y el trabajo para mejorar dichas oportunidades.

1- Autoevaluación

La EFQM entiende la autoevaluación como un examen global, sistemático y regular de las actividades y resultados de la organización que permite valorar sus puntos fuertes y sus áreas de mejora. Ninguno de los enfoques o metodologías que propone la EFQM para hacer la autoevaluación se adaptaba totalmente a las necesidades concretas de la Unidad, por lo que se optó por utilizar dos enfoques combinados. En primer lugar, como método de recogida de información, se redactó la memoria que forma parte del enfoque por “simulación de presentación al premio”. En segundo lugar, como método de autoevaluación, se utilizó un caso concreto de “enfoque por cuestionario de autoevaluación”. Se creó un equipo evaluador multidisciplinar que estaba encargado de coordinar y llevar a cabo las tareas principales de la autoevaluación, que estaba compuesto por cinco personas en el año 2003 y se amplió a ocho profesionales en 2005 para representar a un mayor número de colectivos. La práctica totalidad de profesiones están representadas en el equipo evaluador.

La memoria “según el esquema de simulación de presentación al premio” consiste en un documento que refleja el nivel de desarrollo alcanzado por la organización en cada una de las áreas cubiertas por el modelo EFQM. El equipo evaluador redactó el primer borrador de la memoria, que se entregó a todos los profesionales de la Unidad para que lo revisaran y plantearan sus desacuerdos. En ambas ocasiones más de la mitad de los trabajadores aportaron sugerencias al borrador, por lo que consideramos que la memoria final es un documento consensuado por los trabajadores de la Unidad y, por lo tanto, una buena base de información para la autoevaluación.

Para realizar la autoevaluación se utilizó la herramienta “Perfil”, un cuestionario en versión informática de fácil manejo compuesto por 120 preguntas, agrupadas bajo los distintos subcriterios del Modelo, con una escala de respuesta del 1 al 100. En primer lugar se realizaron las autoevaluaciones individuales, en las que cada uno de los miembros del equipo evaluador realizó su propia autoevaluación basándose en la información disponible en la memoria y en su propio conocimiento de la Unidad. Posteriormente se llevaron a cabo sesiones de consenso para consensuar las autoevaluaciones individuales y discutir los puntos fuertes y las áreas de mejora.

2- Trabajo de mejora de calidad

Tras identificar las áreas de mejora en la autoevaluación se llevó a cabo la priorización de las mismas y se elaboró un plan de calidad bianual con las áreas que se trabajarían durante los dos años siguientes. Las áreas de acción se trabajaban por lo general mediante grupos, aunque algunas excepciones se abordaron de forma individual. Tras la autoevaluación del año 2003 se crearon cuatro grupos de trabajo (seguridad, procesos, satisfacción de personal y desarrollo de indicadores) y otra acción de mejora tuvo un responsable individual (coordinación con el área). En el 2005 han continuado trabajando estos cuatro grupos y se han creado dos nuevos (coordinación y formación). La coordinación y el seguimiento de las acciones de mejora de calidad se realizan en las Reuniones Trimestral de Equipo, a las que asisten los trabajadores de todos los turnos horarios y que ya existían previamente como mecanismo de coordinación de la Unidad. El seguimiento de las acciones de calidad es un punto de la agenda de estas reuniones.

RESULTADOS

En la autoevaluación realizada en el año 2003 se obtuvieron un total de 208 puntos, que en dos años han aumentado en 103 hasta alcanzar los 311 puntos del año 2005. La figura 1 refleja el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los criterios respecto al total de la puntuación asignada por la EFQM en el año 2003 y en el 2005. Para valorar estas puntuaciones hay que tener en cuenta que la puntuación obtenida en el año 2003 está dentro de la media de las organizaciones sanitarias

que realizan su primera autoevaluación utilizando este modelo. Respecto al incremento de puntuación, los 103 puntos de mejora alcanzados en sólo dos años consisten en casi un 50% de la puntuación inicial, lo que constituye una mejora muy significativa para un periodo de tiempo tan corto. Además, en general, la mejora ha sido mayor en aquellos criterios que partían de una puntuación inicial más baja, lo que evidencia que el sistema de identificación y mejora de los puntos débiles de la organización está funcionando adecuadamente.

El número de puntos obtenidos en la autoevaluación viene determinado, principalmente, por las iniciativas que se han llevado a cabo en la Unidad en estos años y por el aumento obtenido en los indicadores de resultados como consecuencia. La tabla 1 resume las iniciativas más relevantes desarrolladas en cada uno de los criterios agentes. En cuanto a los resultados se puede apreciar que mejora la eficiencia en el uso de recursos, por el incremento del número de ingresos anuales (en un 5%) y la disminución de la estancia media (en un 14.30%) mientras se atiende a pacientes con una mayor complejidad clínica (el porcentaje de los pacientes admitidos con cuatro, cinco o más de cinco diagnósticos aumentó en 5.1; 7.8 y 9.3 puntos respectivamente). Mejora la satisfacción los clientes que alcanza una media de 9.3 sobre 10, destacando el aumento estadísticamente significativo de la puntuación de los 3 aspectos peor valorados en los estudios de satisfacción iniciales (información, condiciones físicas de la Unidad y ayuda psicológica a familiares), manteniéndose estables los demás ítems. Mejora la calidad asistencial, reflejada en la mejora de la continuidad asistencial con los Centros de Salud Mental (incremento de la recepción del informe de alta del 10,3%) en la disminución del número de contenciones (en un 25% en dos años) y la mejora de la calidad de la historia clínica (100% de diagnósticos codificados, ausencia de retención de historias y disminución de 10 días en la demora media de entrega de historias). El reconocimiento social, queda reflejado en la segunda posición en el V Premio a la Excelencia y Calidad del Servicio Público de la Comunidad de Madrid y en la obtención del V Premio Pfizer a la Innovación y Excelencia en Gestión Clínica. En cuanto a los resultados en las personas, la satisfacción de los profesionales permanece estable, pero aumentan las actividades de formación recibidas e impartidas por los profesionales y las publicaciones científicas. El resultado económico más destacable es el incremento de la financiación obtenida para proyectos de investigación, que se ha cuadruplicado en sólo 3 años, hasta alcanzar los 260.589 euros en 2005.

CONCLUSIÓN

Este trabajo es un ejemplo práctico de que los principios de mejora de la calidad y el EFQM pueden aplicarse a cualquier nivel de las organizaciones, incluso a pequeña escala como unidades de hospitalización, sin que sea necesaria la existencia de una estructura a nivel superior que promueva y coordine la implantación vertical de este tipo de proyectos. Para la aplicación del Modelo a una unidad hospitalaria es preciso hacer un importante trabajo de delimitación del área de estudio, excluyendo del proceso aquellos aspectos sobre los que no se puede actuar a nivel de unidad ya que vienen definidos por niveles superiores en el hospital o por otros organismos externos de gestión. Por otra parte, el hecho de trabajar en una unidad de dimensiones reducidas posibilita la participación un alto porcentaje de la plantilla en el proyecto, lo que mejora la comunicación en la Unidad, el conocimiento de los problemas y, como consecuencia, la implicación de los trabajadores en los proyectos de mejora.

FIGURA 1.-PASOS CLAVE DEL PROCESO DE MEJORA DE CALIDAD EN LA UADO



FIGURA 2.- PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE CADA CRITERIO EN LA AUTOEVALUACIÓN AÑOS 2003 Y 2005



EJEMPLO DE INICIATIVAS LLEVADAS A CABO EN EL PERIODO 2003-2005

Criterio 1: Liderazgo

- Definición y comunicación de la misión, visión y valores de la Unidad, que parten de los del hospital.

Criterio 2: Política y Estrategia

- Identificación de todos los grupos de interés de la Unidad y definición del sistema de comunicación con cada uno de ellos.
- Publicación de la Cartera de Servicios de la UADO.

Criterio 3: Personas

- Introducción de un estudio de clima laboral.
- A partir de los resultados del estudio de clima, mejora de la seguridad en la UADO y formación a los profesionales en temas de seguridad.

Criterio 4: Alianzas y recursos

- Evaluación de la continuidad asistencial con los centros de salud mental ambulatorios (CSM).
- A partir de los resultados de esta evaluación, protocolización de la comunicación hacia los CSM, mejora del sistema de envío del informe de alta y modificación del trámite de derivación.

Criterio 5: Procesos

- Identificación de los principales procesos de la Unidad.
- Diagramación y evaluación del proceso de ingreso.

QUOTE EN.REFLIST ADDIN

Copyright 2006 Pfizer, S.A. Reservados todos los derechos

[Condiciones de Uso](#) | [Declaración de Privacidad](#)