

¡Preparándonos para la acreditación por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía! Autoevaluación de 5 hospitales de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, Provincia Bética

Victoria Ruiz-Romero^a, Sebastián Expósito^b, Francisco de Asís Ventosa^c y Blas García^d

^aCoordinadora de Calidad de la Provincia Bética. Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Curia Provincial. Sevilla.

^bResponsable de Calidad. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla. España. ^cSuperior. Hospital San Juan Grande. Jerez de la Frontera. Cádiz. España. ^dResponsable Asistencial de la Provincia Bética. Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Curia provincial. Sevilla. España.

Correspondencia: Victoria Ruiz Romero.

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

Avda. San Juan de Dios, s/n. 41930 Bormujos. Sevilla. España.

Correo electrónico: vruiz@aljarafe.betica.sanjuandedios-oh.es

Resumen

Objetivo: Desde hace décadas, los centros de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios se plantean objetivos y acciones encaminados a mejorar la calidad de la asistencia, aunque de manera poco sistematizada. Desde la Curia Provincial Bética, se plantea fomentar el desarrollo de sistemas de calidad en 5 centros sanitarios, que permitan “implantar una cultura de calidad entre los profesionales” y “optar a la acreditación por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía”.

Material y métodos: Se desarrollan 7 acciones: dirección y coordinación del plan de calidad desde la Curia Provincial; formación de los profesionales; creación de una estructura de calidad (un grupo central de calidad, 8 subgrupos por área temática y numerosos grupos de trabajo); documentación de apoyo; plan de implantación de procesos asistenciales integrados en cada centro; plan operativo para la autoevaluación del centro: agrupamiento de estándares; selección de los responsables de subgrupos; análisis de los estándares por subgrupo; planificación de las mejoras; implantación de los planes de mejora; evaluación; corrección y mejora, y solicitud de acreditación de nuestros centros por la Agencia.

Resultados: Todos los centros han cumplido los objetivos propuestos o están en la planificación y/o implantación de los planes de mejora cuando se contacta con la Agencia.

Conclusiones: La autoevaluación nos ha llevado a conocernos mejor mostrándonos nuestros puntos fuertes y áreas de mejora. El trabajo simultáneo en 5 centros ha permitido el reparto de tareas, un mayor conocimiento de la organización y una homogeneización de la asistencia entre los centros.

Palabras clave: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Autoevaluación. Acreditación. Plan de calidad. Orden Hospitalaria San Juan de Dios.

Introducción

Un sistema de calidad¹ es el “conjunto de la estructura de organización, de responsabilidades, de procedimientos, de procesos y de recursos que se establecen para llevar a cabo la gestión de la calidad”. Cuando un centro sanitario decide implantar un plan de calidad (PC), se encuentra con una serie limitada de ofertas y alternativas donde elegir. Lamentablemente no hay recetas mágicas, sólo sistemas que pueden servir de guía o ayuda para articular el trabajo.

Abstract

Objective: For many decades, the hospitals of the San Juan de Dios Religious Order have followed aims and interventions designed to improve health care, although perhaps not in a completely coordinated fashion. From our center at the Curia Provincial Bética, we have been promoting the development of quality assurance in five of our establishments in order to develop a philosophy of quality among our staff and to obtain accreditation by the Andalusian Health Care Quality Agency (AHCQA)

Material and methods: Seven lines of action were developed: management and coordination of a Quality Assurance Plan from our central office at the *Curia Provincial*; training; creation of a “quality structure” (a central group, 8 area subgroups covering the different aspects of hospital administration, and numerous working groups); supporting documentation; a plan for the implementation of health care processes integrated into each hospital; an operating plan for self-evaluation by each center: grouping of standards; selection of subgroup leaders; analysis of standards by subgroups; planning of improvements; implementation of the improvement plans; evaluation; correction and improvement, and application for the accreditation of each center by the AHCQA.

Results: All the centers have met the proposed objectives or are in the planning or implementation stage of the improvement plans when they contact the AHCQA.

Conclusions: Autoevaluation has led to greater knowledge of our hospitals, highlighting our strong points and areas for improvement. The simultaneous activity in five hospitals allowed the workload to be shared and improved knowledge of our organization and homogenization of the approach to health care in these five centers.

Key words: Andalusian Health Care Quality Agency. Autoevaluation. Accreditation. Quality plan. San Juan de Dios religious order.

En los últimos años se están introduciendo en España, de forma progresiva, sistemas formales de gestión de la calidad como la certificación según las Normas ISO 9000², el Sistema de Acreditación de la Joint Commission³ o el Modelo Europeo de Excelencia Empresarial^{4,5} y, recientemente, la acreditación según el Modelo del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)⁶.

El II Plan Andaluz de Salud⁷ para el período 1999-2002 se inspira en la Ley de Salud de Andalucía y se articula en torno a 3 ejes: mejorar la salud, incrementar la solidaridad

con los más necesitados y mejorar los cuidados sanitarios de los ciudadanos. Fruto del plan, surge el PC de la Consejería de Salud (CS)⁸, como marco político estratégico que define para todos los proveedores sanitarios, públicos y privados, concertados o no, las líneas a seguir en calidad y eficiencia. Con la puesta en marcha del PC, el SSPA define lo que considera servicios sanitarios de calidad. Así, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)^{2,9}, se crea como una secuencia lógica en el proceso de implantación de las políticas de calidad puestas en marcha por la CS en los últimos años, y su primer cometido ha sido la elaboración del Modelo de Acreditación de Andalucía¹⁰ y la puesta en marcha de programas como el de Acreditación de Centros⁶.

La Orden Hospitalaria San Juan de Dios (OHSJD), en España, se compone y distribuye en 3 provincias: Bética, Aragón y Castilla. La Provincia Bética de Nuestra Señora de la Paz, fundada en 1934, comprende Andalucía, Canarias, Extremadura y Madrid y las provincias de Cuenca, Ciudad Real y Toledo. Actualmente, cuenta con 22 obras asistenciales, entre ellas 6 centros hospitalarios y 3 de salud mental. La estructura organizativa de la Provincia Bética de la OHSJD es matricial, existen unos Servicios Centrales ubicados en la Curia Provincial, con sede en Sevilla, donde se encuentra la Entidad Rectora, el Órgano Superior de Gobierno y de Representación de los Centros situados en la jurisdicción territorial y administrativa de la Provincia Bética.

Desde la Curia Provincial, se vienen realizando distintas actividades encaminadas a mejorar la calidad de sus centros: documentos (manual de organización y funcionamiento de los centros; protocolos y planes de cuidados; guías, etc.); formación (comunicación y relación de ayuda; gestión empresarial; jornadas inter centros; máster en cuidados paliativos; máster en pastoral de la salud; promoción de la hospitalidad; jornadas de bioética; máster en bioética y humanización de la asistencia); comisiones de humanización; comité de ética asistencial de la Provincia Bética; foro de bioética San Juan de Dios; programaciones y evaluaciones trienales y anuales de actividad y de presupuestos; auditorías externas economi-cofinancieras anuales y organizativas.

La calidad es en sí un valor de la institución que se recoge en la Misión de la Organización. En todos los centros de la Orden se plantean objetivos encaminados a mejorar la calidad de la asistencia y se desarrollan diversas acciones, si bien es cierto que se realizan de manera poco sistematizada y con distinto grado de profundidad en unos centros respecto a otros. Desde la Curia de la Provincia Bética, se fomenta la creación y el desarrollo de sistemas de calidad en cada uno de sus centros sanitarios, que permitan "implantar una cultura de calidad entre los profesionales" y "optar a la acreditación a través de una evaluación externa", por lo que se incorporan estas 2 premisas como objetivos generales del PC para el año 2003 y se plantean 7 objetivos operativos (OP):

1. Creación de estructuras de calidad para implantar y desarrollar un sistema de calidad.

2. Formación en metodología para la mejora de la calidad y la evaluación de resultados.

3. Elaboración y desarrollo de un plan estratégico y un PC adaptados a las características del centro en el que colabore la mayor cantidad de profesionales posible.

4. Desarrollo de un plan de comunicación que fomente la participación de profesionales y usuarios en el PC y garantice que la política de calidad sea conocida y entendida.

5. Gestión por procesos asistenciales integrados.

6. Evaluación de competencias en los cargos directivos y mandos intermedios.

7. Autoevaluación del sistema de calidad por los profesionales, según el modelo de la ACSA.

Material y métodos

Se ha seleccionado 5 centros para que soliciten la acreditación por la ACSA: Hospital San Juan Grande (Jerez de la Frontera, Cádiz), Hospital San Juan de Dios de Córdoba, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Bormujos, Sevilla), Centro Asistencial San Juan de Dios de Málaga y Hospital San Rafael (Granada). Para alcanzar los OP propuestos en el PC, se desarrollan estas acciones:

– *Dirección y coordinación del PC* (OP 1-7): incorporación de una coordinadora de calidad para todos los centros de la Provincia Bética que, junto con el responsable del Área Asistencial de la Provincia, elabora el PC, presta asesoramiento a los profesionales implicados, facilita formación, documentación y herramientas metodológicas, propone pautas de trabajo, supervisa el desarrollo del PC en cada centro y evalúa periódicamente los resultados.

– *Formación* (OP 2): se abre un I ciclo formativo de calidad con un curso de iniciación destinado a los miembros del grupo central y a otros profesionales directamente implicados en el PC. Se amplía con otros cursos, talleres o herramientas metodológicas sobre temas específicos, según las necesidades formativas detectadas durante el desarrollo del PC.

– *Estructuras de calidad* (OP 3): se constituye un Grupo Central de Calidad en cada centro, compuesto por el Equipo Directivo (superior, gerente, director médico, director de enfermería, administrador y responsable de recursos humanos), el responsable de calidad y el responsable de mantenimiento. Sus funciones son: coordinar e implantar el PC del centro; revisar el trabajo presentado por los diversos subgrupos; presentar propuestas acerca de la gestión de recursos y cambios organizativos y funcionales que permitan la implantación y desarrollo del PC y la evaluación periódica del PC y selección de indicadores.

Se forman 8 subgrupos (usuarios; dirección; documentación y sistemas de información; asistencial; mantenimiento-servicios generales; recursos humanos; económico-administrativo y comunicación). Su función es coordinar y supervisar a los grupos de trabajo de su área, para asegurar la coherencia de las acciones y los documentos realizados por cada uno de ellos. Se crean grupos de trabajo que impliquen a la mayor parte de los profesionales del centro en un aspecto concreto de la calidad. Las comisiones hospitalarias colaboran también en el PC.

– *Documentación de apoyo* (OP 2-7): se facilitan el manual de estándares del programa de acreditación de centros de la ACSA⁶, el PC⁸ y los mapas de procesos¹¹ de la CS, herramientas metodológicas y documentos guía para la elaboración de documentos clave para los centros y, a través del *benchmarking*, se da a conocer información y documentación de otros hospitales.

– *Gestión por procesos* (OP 5): cada centro diseña su propio plan de implantación de procesos asistenciales integrados seleccionados de entre los contenidos en los mapas 1 y 2 de procesos elaborados por la CS de Andalucía, tomando como referencia las guías¹¹ editadas. Se lleva a cabo la implantación, el seguimiento y la evaluación. Paralelamente, cada unidad funcional no asistencial describe y documenta los procesos no asistenciales.

– *Plan operativo para la autoevaluación del centro* (OP 7): presenta una metodología de trabajo que facilita y homogeneiza las tareas necesarias para conseguir la autoevaluación de nuestros centros de acuerdo con el manual de estándares para el programa de acreditación de centros de la ACSA. Se basa en el “ciclo de mejora continua” (planificar, hacer, verificar o evaluar y actuar) y cuenta con 7 fases.

Resultados

Desarrollo del plan operativo para la autoevaluación del centro

Agrupamiento de estándares por áreas temáticas. Para lograr el nivel I o de acreditación avanzada, aplican 157 estándares, el 58% tiene el carácter obligatorio, y para obtener la acreditación es necesario cumplir más del 70% de los estándares de este grupo. No obstante, es preciso que el centro chequee también los estándares de nivel II y III. La Coordinadora de Calidad realiza el reparto de estándares de los 3 niveles por áreas temáticas.

Selección de los responsables de cada subgrupo. Se crean 8 subgrupos, uno por cada área temática, y se designa a un responsable y un número variado de miembros para cada subgrupo. Cada uno plantea su cronograma de reuniones y su contenido.

Análisis por subgrupo de la situación de los estándares en el centro. Se realiza el análisis de todos los estándares asignados a cada uno de los subgrupos. Se identifican las evidencias de cumplimiento existentes en el centro y potenciales áreas de mejora, y se asignan responsabilidades. Se priorizan las “áreas de mejora” correspondientes a estándares obligatorios. Los subgrupos remiten el resultado del chequeo al responsable de calidad de su centro, quien a su vez lo hace llegar a la Coordinadora de Calidad. Puesto que detectamos dificultades a la hora de identificar evidencias, se decide convocar sesiones intensivas de apoyo en los 5 centros.

Planificación de las mejoras. Para cada área de mejora, se definen sus correspondientes “planes de mejora” (documentos a actualizar o modificar, documentos a elaborar por

primera vez, registros a diseñar, acciones a emprender, gestión de recursos, modificaciones organizativas, etc.), priorizando los necesarios para el cumplimiento de los estándares obligatorios.

Se convocan 3 reuniones de presencia física para los 5 centros, en las que se cita a los responsables de los subgrupos y se distribuyen los planes de mejora que debe elaborar cada centro, de forma que no se dupliquen las tareas que puedan ser comunes. El responsable del centro elegido para cada plan de mejora remite el trabajo a la Coordinadora de Calidad para que, una vez recibido el visto bueno, se distribuya al resto de los centros.

Implantación de los planes de mejora. Cada centro ejecuta los planes de mejora que le han sido asignados y aplica directamente o adapta los planes de mejora realizados por los restantes centros.

Evaluación. El Grupo Central, los responsables de los subgrupos y la Coordinadora de Calidad evalúan los resultados conseguidos tras implantar los planes de mejora, identificando nuevas oportunidades de mejora. Se seleccionan varios indicadores para la evaluación y se constituye un cuadro de mandos.

Corrección y mejora. Corrección de las deficiencias o puntos débiles encontrados en la evaluación y nuevas propuestas de acciones de mejora. Se trata de un proceso cíclico de mejora continua que llevan a cabo el Grupo Central y los responsables de los subgrupos.

Todos los centros han cumplido los objetivos propuestos o bien se encuentran en la fase de planificación de las acciones de mejora y/o implantación de los planes de mejora. En la tabla 1 puede verse que los centros trabajan de manera simultánea, a pesar de haberse incorporado en 2 fases.

En julio de 2003, el responsable asistencial de la Curia Provincial contacta por primera vez con la ACSA para exponerle su interés en que varios centros de la OHSJD sean evaluados y acreditados según el modelo propuesto para el Sistema Sanitario Andaluz. Se acuerda comenzar el proceso en octubre, tras cumplimentar un formulario de solicitud por cada centro. La ACSA designa al equipo evaluador de cada centro y los centros designan a un responsable interno como interlocutor.

A partir de octubre, se convocan 2 visitas de presentación de la ACSA a cada centro, una con el Grupo Central de Calidad y otra con todos los profesionales. A continuación, se entrega al centro el soporte informático (acompañado de una sesión formativa) en el que se ha de verter toda la información de la autoevaluación en un plazo de entre 2 y 5 meses (tabla 2).

Discusión

Cuando se organizan y sistematizan las actividades en materia de calidad organizándolas en un PC con objetivos concretos, podemos disponer de datos más fácilmente medibles y evaluables, lo que permite la corrección y mejora continua de los resultados.

Tabla 1. Cumplimiento de objetivos en los 5 centros. Cronograma

Objetivo operativo	Primera fase (junio de 2003)		Segunda fase (septiembre de 2003)		
	Hospital San Juan Grande. Jerez de la Frontera	Hospital San Juan de Dios. Córdoba	Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos	Centro Asistencial San Juan de Dios. Málaga	Hospital San Rafael. Granada
Creación de estructuras de calidad					
Grupo central	03/06/2003	23/06/2003	03/09/2003	03/09/2003	23/09/2003
Subgrupos	09/09/2003	25/09/2003	11/09/2003	17/09/2003	09/10/2003
Grupos de trabajo	09/09/2003	25/09/2003	11/09/2003	17/09/2003	09/10/2003
Formación: curso iniciación	2-3/07/2003	2-3/07/2003	2-3/07/2003	1-2/10/2003	1-2/10/2003
Plan estratégico	En desarrollo, muy avanzado	En desarrollo, muy avanzado	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
Plan de comunicación	Desde 30/10/2003	Desde 30/10/2003	Desde 30/10/2003	Desde 30/10/2003	Desde 30/10/2003
Gestión por procesos	Planifica e implanta 8 procesos	Planifica e implanta 20 procesos	Planifica e implanta 5 procesos	Planifica e implanta 3 procesos	Planifica e implanta 13 procesos
Evaluación de competencias	En diciembre de 2003 se constituirá un grupo de trabajo entre centros				
Autoevaluación					
Agrupamiento de estándares por áreas				22/06/2003	
Selección de los responsables de cada subgrupo	09/09/2003	25/09/2003	11/09/2003	17/09/2003	09/10/2003
Análisis por grupo de la situación del estándar	29/09/2003	10/10/2003	29/09/2003-06/10/2003	10/10/2003	10/10/2003
Planificación de la mejora (paso P del PDCA). Reparto entre los 5 centros	14/10/03: subgrupos de usuarios, asistencial y mantenimiento-SSGG 24/10/03: subgrupos de dirección y recursos humanos 30/10/03: subgrupos de comunicación y documentación. Subgrupo de información 06/11/03: subgrupos economicoadministrativos				
Implantación de los planes de mejora (paso D del PDCA)				Desde octubre de 2003	
Evaluación (paso C del PDCA)				Desde noviembre de 2003	
Corrección y mejora (paso A del PDCA)				Desde noviembre 2003	

Tabla 2. Cronograma de contactos con la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) en cada centro

Primer contacto	Responsable del área asistencial de la Provincia Bética con la Directora Gerente de la ACSA					Julio de 2003
Segundo contacto	La Directora Gerente de la ACSA contacta con el Responsable del Área Asistencial de la Provincia Bética para comenzar el proceso					Septiembre de 2003
Visitas de presentación a los centros	Hospital San Juan Grande. Jerez de la Frontera	Hospital San Juan de Dios. Córdoba	Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos	Centro Asistencial San Juan de Dios. Málaga	Hospital San Rafael. Granada	
Presentación al Grupo Central de Calidad	8/10/2003	27/10/2003	03/10/2003	Por concertar	Por concertar	
Presentación a los profesionales del centro	17/10/2003	11/10/2003	10/10/2003	Por concertar	Por concertar	
Entrega del soporte informático y formación	11/11/2003	17/11/2003	21/11/2003	Por concertar	Por concertar	

La primera barrera a salvar es la creencia de una parte del personal de los centros de que implantar un PC de tal envergadura conduce a una burocratización excesiva y a un incremento de los costes, más que a la mejoría de la asistencia prestada. Es preciso difundir de manera clara y precisa los objetivos del PC a todo el personal y facilitar formación y documentación en materia de calidad, contando con la experiencia de otros centros, y que la dirección incentive la dedicación a este tipo de tareas.

A medida que los profesionales profundizaron en el desarrollo del PC y en la autoevaluación, la actitud mejoró notablemente. El chequeo de los estándares resultó ser un medio útil para identificar los puntos fuertes y potenciales áreas de mejora de cada centro, aunque resultó difícil empezar a trabajar sin contar con la referencia de otros hospitales, debido a la reciente creación de la ACSA. Lo más costoso quizá haya sido la identificación de evidencias que probasen el cumplimiento de los estándares, al no estar definidas previamente. Se encontró una serie de estándares que no parecían ajustarse a las características de nuestra institución, diseñados pensando en los centros sanitarios públicos, por lo que fue preciso adaptarlos a nuestras circunstancias. Este punto ha sido origen de numerosos e intensos debates en los 5 centros.

La experiencia de la aplicación de un PC y un plan operativo para la autoevaluación de nuestros centros nos ha ofrecido la oportunidad de conocernos mejor utilizando sencillas herramientas de evaluación; nos ha mostrado nuestros puntos fuertes y áreas de mejora, que se han traducido luego en planes de mejora, y una vez puestos en marcha, nos ha permitido dar un paso más en el camino hacia la mejora continua de la calidad, pero esta vez de manera sistematizada y homogénea, conforme a un modelo creado específicamente para el Sistema Sanitario Andaluz.

Además, aplicar este proceso en 5 centros de manera simultánea ha facilitado el trabajo gracias al reparto de tareas, ha permitido la homogeneización de la asistencia sanitaria, ha proporcionado un mayor conocimiento de la institución y ha reforzado lazos de unión entre los profesionales de los distintos centros.

Agradecimientos

A los miembros de los grupos centrales, subgrupos y grupos de trabajo de nuestros centros, sin los cuales el desarrollo del Plan de Calidad no habría sido posible. A los profesionales de la Curia de la Provincia Bética de la Orden Hospi-

talaria San Juan de Dios que han coordinado las acciones comunes en los 5 centros y a los que han aportado información para el trabajo. A todos los que han colaborado en formación y asesoramiento de los profesionales de nuestros centros: Hospital de Antequera (Málaga), Hospital Costa del Sol (Marbella, Málaga), Hospital Universitario de Valme (Sevilla), Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla).

Bibliografía

1. UNE-EN-ISO 8402:1994. Gestión de la calidad y aseguramiento de la calidad. Vocabulario. Madrid: AENOR, 1995.
2. UNE-EN-ISO 9001:2000. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos. Madrid: AENOR, 2000.
3. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Manual de Acreditación para Hospitales 1996. Barcelona: SG, Fundación Avedis Donabedian, 1995.
4. Modelo EFQM de Excelencia 1999. European Foundation for Quality Management y Club Gestión de la Calidad. Madrid, 1999.
5. Bohigas L. El Premio Europeo a la Calidad, las Normas ISO y la Acreditación. Rev Calidad Asistencial 1998;13:4-5.
6. Programa de Acreditación de Centros del Sistema Sanitario de Andalucía. Manual de Estándares (ME 2 1_03). Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2003.
7. II Plan Andaluz de Salud. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 1999.
8. Plan de Calidad. Nuevas estrategias para la Sanidad Andaluza. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2000.
9. Resolución de 25 de julio de 2003, de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación, por la que se designa a la Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía como entidad certificadora del Sistema de Acreditación, para el Sistema Sanitario Público de Andalucía. BOJA núm. 153, de 11 de agosto 2003; p. 18138-9.
10. Resolución de 24 de julio de 2003, de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación, por la que se establece el sistema de acreditación de la calidad de los centros y unidades sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía, de acuerdo con el modelo de calidad del sistema sanitario de Andalucía. BOJA núm. 153, de 11 de agosto 2003; p. 18126-38.
11. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2001.