

---

## Clima, dificultad y consecuencias de la implantación de una gestión por calidad total

---

Clima, dificultad y consecuencias de la implantación de una gestión por calidad total

*Matia Fundazioa, organización sin ánimo de lucro, desde una visión humanista e integral de la persona mayor, presta servicios sociosanitarios desde 1888, y aborda desde comienzos de 1998 la mejora continua de su organización. En este artículo se explican los pasos seguidos para la obtención de la certificación ISO en todos sus centros y servicios, de forma que se sentaran las bases para iniciar el proceso de la mejora. Posteriormente para Gestionar la organización por procesos siguiendo el modelo Europeo EFQM. Se cuenta también el proceso para la mejora de todos los servicios y personas de la organización con vistas a la consecución de sus objetivos.*

---

Environment, difficulty and consequences of the implementation of a total quality management system

*Matia Fundazioa, a non-profit organisation, has been rendering social and health services based on a humanistic approach, and targeting the elderly, since 1888. Since the beginning of 1998 it has tackled the question of ongoing improvement in its organisation. This article explains the steps taken to obtain the ISO certification in all its centres and services, thus laying the foundations to implement the improvement process. The organisation will subsequently be managed by processes following the European EFQM model. There is also a process in place for improving all services and people across the organisation, with a view to achieving all its objectives.*

Palabras clave:

*Calidad total, Dirección de calidad, Gestión por procesos, Mejora continua, Plan de calidad, Sistema de calidad*

Key words:

*Total quality, Quality management, Process management, Ongoing improvement, Quality plan, Quality system*

---

**Autora:** María Isabel Genua

**Artículo:** Clima, dificultad y consecuencias de la implantación de una gestión por aalidad total

**Referencia:** Educación Social, nº 21, pp. 102-114

**Dirección profesional:** egenua@matiaf.net

# Clima, dificultad y consecuencias de la implantación de una gestión por calidad total

## Entorno y situación de partida

Matia Fundazioa es una organización sin ánimo de lucro que presta servicios sociosanitarios a las personas necesitadas desde 1888. El Asilo Matia, como era conocido en sus inicios, desempeñó un papel importante en la provincia de Guipúzcoa con el siguiente propósito enunciado por el testador: "recoger y hallar segura subsistencia durante los días de su vida y ser asistidos de sus enfermedades, a los ancianos o impedidos absolutamente para el trabajo". En 1967, el asilo Matia pasó a constituirse en la Fundación José Matía Calvo, iniciándose un proceso de profesionalización de la atención, siendo sustituidas las monjas por profesionales sociosanitarios, así como de la gestión de la organización.

El papel asilar dio paso en 1980 a la iniciativa de algunos miembros del Patronato quienes, ante el crecimiento de la población mayor, la ausencia de centros sanitarios especializados en la atención a las personas mayores y la poca consideración que a la persona mayor se le daba en general en los hospitales de agudos, decidieron diseñar y poner en marcha un hospital general geriátrico que contaba con UVI, cirugía general y muchas de las especialidades médicas. Todas ellas atendían a las personas por su situación física, no utilizando exclusivamente la edad como criterio selectivo a la hora de actuar.

Esta situación, sin embargo, no se pudo sostener, ya que el camino seleccionado no estuvo en consonancia con las políticas de la Administración Sanitaria del momento que es de quien dependía la financiación de las actividades realizadas. Este hecho hizo que en el año 1985 se iniciara un duro proceso de reconversión de personal y reflujo financiero para la adaptación de los servicios prestados a las personas mayores a las políticas sociales y sanitarias de la Administración.

En todo este tiempo, que podemos decir finalizó en 1994, el esfuerzo fundamental de la organización se dirigió a conocer cuál era el espacio de atención que le correspondía ocupar dentro del marco global y cómo sobrevivir en la situación en la que se encontraba hasta localizar su nicho.

El 12 de enero de 1994, tras ese duro proceso, aprobamos en la Fundación la Declaración Programática, documento que recogía sucintamente la formulación de los principios básicos de la Fundación y las políticas generales que debían regir su futuro, especialmente para garantizar su viabilidad económico-empresarial.

A lo largo de cuatro años (1994-1997), la Fundación recorrió el camino dentro de las férreas directrices básicas marcadas en ella, consiguiendo acceder al final del periodo a una situación considerablemente mejorada como consecuencia de una alta ocupación en todas sus actividades, consiguiéndose resultados positivos en todos los ejercicios y alcanzando una apreciable situación de estabilidad. Es en ese momento cuando cambia la Dirección General. Esta nueva dirección, una vez evaluada la organización, elabora un Plan a Medio Plazo 1998-2000, plan que recogía el inicio de un ambicioso proyecto de transformación de la Fundación.

En este Plan a Medio Plazo se fijaban las Políticas básicas para la Organización así como los Objetivos Generales sobre dicha base. *El Objetivo 2* decía conseguir la máxima calidad posible en los servicios, medida ésta en términos de satisfacción del cliente, usuario y sus familiares, y del conjunto de trabajadores de la Fundación. El Plan de acción específico que se elaboró para llevar a cabo este objetivo fue el denominado Plan de Calidad y fue el considerado pilar fundamental de la estrategia de futuro de la Fundación, entendiéndolo como la única forma de mejorar el nivel de calidad, imagen y resultados de cara a sus pacientes- usuarios, entidades concertadas y sociedad en general.

Desarrollar un Sistema de Calidad supone un cambio de mentalidad y cultura de empresa debiendo romper en gran medida con los esquemas, actitudes y tipo de relaciones laborales anteriormente existentes

Desarrollar un Sistema de Calidad supone un cambio de mentalidad y cultura de empresa debiendo romper en gran medida con los esquemas, actitudes y tipo de relaciones laborales anteriormente existentes. Ante la posibilidad de enfocar la Calidad con distintos grados de alcance se identificaron los dos caminos a seguir que son de por sí complementarios:

- Orientar la calidad hacia el mercado mediante un *Sistema de Aseguramiento de la Calidad* basado en la norma internacional UNE- EN ISO 9002 aplicable a estas actividades lo que nos permitiría el desarrollo de una cierta cultura de la Calidad especialmente si se realizaba de una forma participativa. Además la sistematización de las tareas y el análisis de los resultados se pensaba iban a contribuir a lograr mejoras claras en los servicios con respecto a la situación de partida.

La obtención de la Certificación ISO. 9002 por la Fundación a través de una entidad acreditada, constituiría además un rasgo diferenciador incuestionable frente a otros ofertantes de los mismos servicios que no dispusieran de ella.



- Orientar la calidad hacia el cliente, mediante la implantación de la filosofía de la *Calidad Total*. Esta filosofía incide fundamentalmente en las áreas organizativas en las cuales las Normas ISO 9000 no prestaban especial atención, como son el Liderazgo, la gestión de los RRHH y su satisfacción, así como la búsqueda activa de la satisfacción del cliente y la medición objetiva de dicha satisfacción, todo ello a través del permanente tratamiento de *Procesos de Mejora continua*, aunque ahora mismo las normas ISO también estén evolucionando en este sentido.

El modelo a seguir establecido era el llamado modelo europeo o EFQM (European Foundation for Quality Management), Este modelo tiene su *leit motiv* en la satisfacción de los clientes y empleados, para lo cual la organización requiere un liderazgo efectivo, capaz de impulsar una estrategia bien diseñada a través de una gestión de los recursos humanos y el resto de los recursos con los que cuentan, así como una perfecta organización y gestión de sus procesos principales con objeto de conseguir unos excelentes resultados.

El *modelo europeo*, a través del ejercicio de autoevaluación al que invita, propicia un examen global y sistemático de las actividades y resultados de los centros, comparados con un modelo de excelencia, lo que permite a la organización discernir claramente sus puntos fuertes, y lo que es más importante, detectar las áreas de mejora. Los planes establecidos como consecuencia de este análisis permiten poner en marcha alternativas tendentes a mejorar permanentemente su eficacia y correspondientemente su competitividad.

## Puesta en marcha

Una vez decidido el modelo a seguir nos tenemos que plantear cómo iniciar la puesta en marcha de una forma de trabajar que de alguna manera era rompedora o, cuando menos, era diferente a todo lo que hasta el momento habíamos hecho.

En primer lugar nos planteábamos el reto de que el sistema de calidad debería de alguna forma introducirse en la forma de trabajo de las personas, no debería de ser un modelo teórico, sino que de alguna manera ser modelo aplicado; que nos sirviera de verdad para mejorar.

El *modelo europeo*, propicia un examen global y sistemático de las actividades y resultados de los centros, lo que permite a la organización discernir claramente sus puntos fuertes, y lo que es más importante, detectar las áreas de mejora

Pero no era únicamente mejorar los servicios que estábamos prestando, se trataba también de ver de qué punto partíamos, qué es lo que estábamos haciendo, qué cohesión o qué coordinación presentaban los distintos centros de atención, que teóricamente atendían al mismo tipo de personas. Nos preguntábamos: ¿Cuál era el nexo de unión? ¿Cuáles eran los objetivos de trabajo más importantes? ¿Cómo implicábamos a las personas que participaban en esos procesos?

La realidad era que partíamos de una situación continua de crisis en la que habían estado implicadas la mayor parte de las personas de la organización y en la que éstas habían adoptado posturas y comportamientos distintos, derivados del criterio personal y de su *buena voluntad*.

Partíamos de una alta desconfianza por parte de todas las personas integrantes en la organización, no solamente en el trabajo que se realizaba en el día a día, sino también una alta desconfianza en que hubiera un equipo directivo que pudiera dirigir algo distinto que supusiera un cambio en el trabajo diario y que dignificara de alguna manera el trabajo de las personas que estaban en ese momento en la organización.

Estas personas, por otro lado, y a pesar de la trayectoria seguida, confiaban en la institución y en la misión principal que desempeñaba, la atención a las personas mayores. Sufrían con la situación en que la institución se encontraba. Esta situación se entendía como injusta por parte del entorno en que se desarrollaban sus actividades y por el entorno científico en que se desarrollaba su trabajo. En las sociedades profesionales de las que formaban parte, algunos de ellos tampoco daban valor al entorno sociosanitario en que se desarrollaba nuestro trabajo.

Por todo esto, lo primero que decidió la Dirección general, fue nombrar una Dirección de Calidad e iniciar una formación de esta Dirección de Calidad y de la propia Dirección General en el modelo europeo, facilitado por Euskalit, que es el organismo que tiene el Gobierno Vasco para la promoción de la implantación de Sistemas de Calidad, formación planificada para ayudar a la acción, y con la suerte de coincidir con el inicio de una formación especialmente dirigida a las empresas sin ánimo de lucro.

Paralelamente, con la ayuda de un consultor, se inició el camino de la certificación de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9002. El primer objetivo en este sentido fue además obtener la certificación en el Servicio del que provenía la nueva Directora de Calidad, que era el Servicio de Atención Farmacéutica, de forma que el exhaustivo conocimiento de los procesos que



se desarrollaban en ese servicio contribuía a facilitar a esta persona el conocimiento de lo que suponía la aplicación de los requisitos de la ISO en la práctica.

Si este camino se hubiera emprendido sin la formación en el modelo EFQM, y si no hubiera sido la Dirección General quien liderara y asumiera el proceso, apoyando y asumiendo la responsabilidad que le correspondía, probablemente habiéramos tendido al modelo que están siguiendo otras organizaciones del entorno, es decir, tender a ir certificando cada servicio/centro de la organización poco a poco en función de la disponibilidad del jefe/director de la unidad correspondiente y, por otro lado, la Dirección General y el equipo directivo ir haciendo sus pinitos en el modelo europeo.

El hecho de que fuera la Dirección General la promotora de la implantación de un sistema de calidad, ha sido un hecho crucial para lograr los objetivos que hasta el momento se han ido consiguiendo. La implicación de la Dirección supone el dirigir todos los Servicios y Unidades de la organización hacia un mismo objetivo, y también permite que se apoyen todas las decisiones que haya que tomar para que la implantación de los sistemas de calidad supongan de verdad una mejora en el día a día.

En la práctica, desde las primeras fases de este proceso, y como consecuencia de estas reflexiones que acabamos de hacer, se tomó la decisión de conseguir la certificación de todos los centros y servicios de Matia a la vez. Nos pareció que era rentabilizar al máximo nuestro esfuerzo y nuestro dinero. Por un lado, ¿ganábamos algo mejorando el funcionamiento de un servicio si no teníamos en cuenta la conexión de ese servicio con el resto de los servicios de la organización relacionados con él? Además, ya que debíamos cumplir requisitos del manual de calidad como el de la implicación de la dirección, el control de la documentación empleada en este camino, la formación, las compras, etc., etc., ¿no era más fácil ya hacerlo de una vez, de forma que de su revisión e implantación se beneficiara toda la organización?

La organización del sistema de calidad inicialmente no era algo visible de una manera clara, dado que desconocíamos de alguna manera cuáles eran las actividades que se realizaban en los centros y servicios y desconocíamos a cuántos procesos de la organización correspondían estas actividades. Lo primero que realizamos fue determinar quiénes eran los clientes principales de nuestra organización, y así mismo lo primero que decidimos fue homologar un esquema básico de trabajo que era el que seguíamos en todos los niveles de la organización, tanto si se trataba de usuarios externos como si se trataba de

trabajadores. Conforme íbamos implicando a los trabajadores en este trabajo de identificación de sus actividades e identificando los procesos, teníamos muy claro que debíamos de transmitir y aceptar que la implantación de un sistema de calidad es una herramienta que nos debería permitir trabajar todos los días bien y, además, mejor que la víspera, y que ello debía de hacerse de forma consciente, sabiendo todos lo que hacíamos y porqué lo hacíamos. Un sistema de calidad no era algo ajeno al día a día, sino que precisamente es el día a día. Además, calidad somos todos y no sólo algunas personas de la organización, las designadas para ello. Todavía hoy damos estos mensajes.

El esquema básico al que hemos hecho referencia contiene 5 puntos críticos:

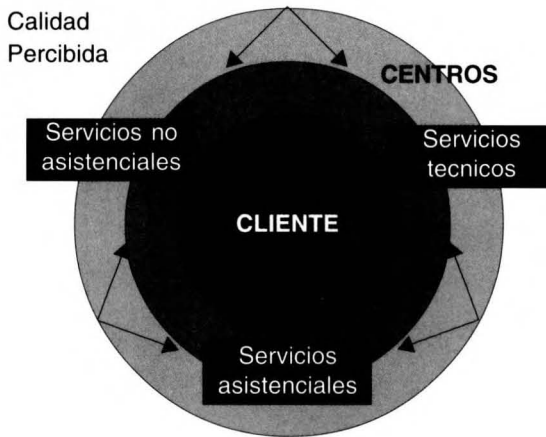
- Recepción del usuario y su familia
- Valoración integral para conocer sus necesidades. Valoración ¿entre quienes?, entre los profesionales más implicados en la atención, ¿cómo le tenemos que valorar?, y en función de eso ¿qué objetivo nos pondríamos con cada una de las personas que atendemos? y ¿cuántas personas y de qué forma actuamos sobre ellas para lograr ese objetivo?.
- Plan de cuidados, derivados de dicha valoración. Puede ocurrir que de la valoración anterior se deriven necesidades que no podamos cubrir con los recursos existentes, lo que nos informa sobre la conveniencia o no de mantener a la persona en el centro. Si no pudiera ser trasladada, deberíamos intentar cubrir esas necesidades con los recursos disponibles o solicitar esos recursos.
- Revaloración, con objeto de hacer seguimiento de la idoneidad de los cuidados implantados y redefinir otros si hiciera falta
- Fin de la relación (por traslado o fallecimiento).

Para comenzar a trabajar y encontrar el nexo de unión de todos los trabajadores de Matia Fundazioa, este esquema todavía nos parecía que no era lo suficientemente sencillo para que todos nos viéramos ahí reflejados; así que lo primero que decidimos asumir era que *toda la organización iba dirigida al cliente* e iniciamos un primer trabajo con los responsables de los servicios de cara a la identificación de los clientes de la organización; así se definieron los primeros clientes que fueron:



- Usuarios y sus familias
- Organismos con los que tenemos concertados los servicios
- Entidades con las que tenemos concertada la docencia

Dibujamos la relación de todos nosotros con este cliente



y empezamos a trabajar en la diferencia existente entre lo que “yo creo que es mejor para el cliente” y las expectativas que éste tiene y la percepción que el cliente tiene de los servicios que nosotros prestamos, dando valor a esto último.

Asimismo, redefinimos un esquema todavía más sencillo que refleja el esquema anterior y su relación más en el día a día con los servicios concretos que prestamos, de forma que pudiéramos pensar en certificar la organización con las actividades que todos hacemos alineadas y coordinadas dentro de los procesos fundamentales.

Así se consideraron cuatro grandes procesos fundamentales de atención en una primera fase. Los denominábamos procesos clave de atención y de intervención y allí se encontraban la atención al paciente en el Hospital, la atención a la persona mayor y su familia en los Centros Gerontológicos, la atención al usuario en Centros de Día y a sus familias y la atención al paciente en el Servicio de Rehabilitación.



En los primeros dos años iniciamos dos tipos de actuaciones importantes. Por una, la Dirección General y la de Calidad se implicaron en la formación y mentalización de toda la organización en los conceptos fundamentales de la calidad, y en lo que suponía una Certificación del sistema, y en la formación especializada a las personas que iban a liderar la organización; es decir, al equipo directivo. Por otra, a identificar todas las actividades que se desempeñaban en los distintos centros y servicios y a organizarlas en coherencia con el esquema anterior.

Las actividades fueron descritas, inicialmente, por cada persona integrante de la organización. La descripción de las actividades de acuerdo a los procesos en que tomaban parte tuvieron que consensuarse entre las personas que en los distintos centros realizaban esas mismas actividades. Esta primera unificación de criterios de actuación ante los procesos por los distintos profesionales ya supuso una movida importante en toda la organización.

Digamos que, de entrada, había que establecer una misma manera de evaluar las necesidades de los clientes, necesidades que en función del o de los objetivos de atención que se establecía para cada tipo de cliente, son las que desencadenaban los planes de actuación que cada profesional o grupo de profesionales debería de poner en marcha de forma coordinada con el resto de la organización. Nos teníamos que poner de acuerdo en cuál era la valoración integral que nosotros íbamos a llevar a cabo. Ver si la valoración integral que nosotros estábamos haciendo en cada uno de los centros íbamos a poder unificarla. Si esta unificación en el sistema de evaluación era la que deberíamos de utilizar o deberíamos de acudir a un sistema más conocido, más internacionalmente aceptado de valoración, que nos permitiera luego comparar nuestros datos con el exterior.

Como a su vez íbamos a obtener objetivos de las personas valoradas de una manera equivalente en los distintos centros. ¿Iba a suponer una mejora en el enfoque de los Servicios de la organización el actuar como consecuencia de esa evaluación?

El trabajo no fue fácil. En primer lugar y ya en esta primera fase hubo Directores de Centro que no pudieron identificarse con este cambio. Algo tan básico como lo que acabamos de plantear no era bien aceptado por las personas que integraban en aquel momento el nivel directivo. No se vivió con naturalidad en algunos equipos directivos un proceso de atención basado en la sistematización de las actuaciones y hubo que tomar algunas decisiones importantes como un cambio en las personas que dirigían en aquel momento alguno de los Centros y Servicios de la organización.



Estas decisiones que implican todo proceso de cambio se viven con inquietud por parte de todos los trabajadores, es un momento clave para la organización y al que hay que dedicar tiempo en el equipo directivo, todo el tiempo necesario para dar confianza y para que todos entiendan el proceso que se sigue y que el proceso es coherente con el resto de mensajes: objetivos que se siguen, comportamientos ...

Finalmente se entiende que algo sencillo, como es la mejora continua, requiere de personas con una mente abierta, que estén dispuestas a trabajar en equipo y que valoren como objetivo de su atención la mejora en el trabajo diario. Esto se consigue con humildad, siendo consciente de la ignorancia que tenemos cada uno de nosotros en nuestro puesto de trabajo y que hace que avancemos porque nos planteemos nuestra formación y nuestra relación como sinergia y como potenciación en la actividad de cada día.

Una dificultad añadida en este proceso de cambio es el tema económico. Evidentemente el trabajar con orden requiere que haya personas que de alguna manera ayuden a los equipos a ir organizando sus documentos. A ir colaborando con ellos en sacar provecho de la reflexión sobre el trabajo diario. A ir auditando los servicios con el fin de captar las dificultades existentes en la práctica diaria de lo procedimentado. A ir actualizando la documentación derivada de los cambios y mejoras de los procesos de atención, etc.

Al inicio, como todo, las actividades derivadas de estas materias se fueron haciendo de forma voluntarista aumentando el número de horas de trabajo de distintos profesionales, pero esto es una situación que se puede hacer puntualmente o que se puede pedir en momentos de urgencia pero no es algo que pueda mantenerse. Hace falta iniciar la formación de profesionales que actúen de expertos en sistemas de calidad, que sepan cómo funciona la organización, que conozcan las normas ISO aplicables y la realización de las auditorías.

En octubre de 1999, el organismo certificador DNV, una vez recibida la documentación elaborada y que daba respuesta a los requisitos de calidad aplicable a empresas de servicios UNE EN ISO 9002, giraba una visita a todos los centros y servicios de Matia Fundazioa, expidió el certificado de calidad para los centros y servicios.

Estas decisiones que implican todo proceso de cambio se viven con inquietud por parte de todos los trabajadores, es un momento clave para la organización

La obtención de la certificación supuso un verdadero empuje para la autoestima de toda la organización. El trabajo desarrollado para su consecución, la formación recibida por los trabajadores y las mejoras derivadas de la implantación del modelo fueron cambiando la actitud de los trabajadores hacia la implantación del sistema de calidad.

Una vez conseguido el primer objetivo, hicimos un primer análisis de la situación de la organización y vimos que sabíamos como hacíamos las cosas en todos los centros y servicios. Habíamos organizado las actividades de todos los servicios secuencialmente en función de los procesos fundamentales de que formaban parte y además conocíamos quienes eran los responsables de su ejecución. ¿Cuál era el siguiente paso?

## La gestión por procesos

La priorización realizada en un primer lugar, debía dar paso a la gestión por calidad de toda la organización, por lo que se dio paso a la herramienta práctica con la que cuenta el modelo EFQM, la *gestión por procesos*.

¿En qué consiste básicamente? En diseñar, y revisar anualmente, un mapa con los procesos que de su gestión se derive el mayor cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Fundación. Así este mapa contiene Procesos Clave, identificándose los Procesos Clave de Atención e intervención y los Procesos Clave Estratégicos, enfocados estos a satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos de interés, Su correcta gestión, por consiguiente, debe posibilitar la mejor satisfacción de los usuarios y el resto de grupos de interés. Como complemento a los Procesos Clave, la organización define el resto de procesos que ayudan a los Procesos Clave a conseguir la máxima eficacia y eficiencia en su gestión, constituyéndose en los Procesos Soporte y que constituyen también parte del mapa.

En esta parte del camino emprendido incorporamos al departamento de calidad alguna persona que realizará las actividades necesarias para el mantenimiento del sistema implantado: auditorías internas en todos los centros y servicios con capacidad para ir incorporando en ellas los procedimientos nuevos de los manuales derivados de las mejoras implantadas en todos ellos, e incorporará los avances:



- Recogida de la satisfacción de clientes: pacientes, residentes, familias, trabajadores e instituciones, garantizando el análisis de sus resultados y su inclusión en los procesos de mejora

- Gestión de las reclamaciones, quejas, sugerencias e incidencias, garantizando también su análisis

Paralelamente, se empezaron a nombrar equipos de proceso y a gestionar los mismos. Ello supuso y está suponiendo un gran esfuerzo de formación y de adaptación, sobre todo de los mandos intermedios, que pasan de gestionar servicios a facilitar los procesos que atraviesan sus servicios. El nombrar equipos de proceso en los que personas de distintos servicios afectados por el proceso formen parte de él es fundamental para la buena gestión del proceso, pero además sirve para que cada componente sitúe su actividad en línea con el proceso para el que la desarrolla. La sola definición de los objetivos y las reuniones de los procesos para su estructuración está suponiendo ya la incorporación de mejoras en los mismos. La dificultad fundamental en este camino es buscar momentos de reunión, ya que la mayor parte de los trabajadores realizan turnos, y lograr la implicación de todos ellos en este proceso de mejora continua.

Este proceso lo vamos midiendo a través de una *autoevaluación* realizada en la organización siguiendo el modelo EFQM que abarca, ahora sí, toda la organización. Hemos realizado dos autoevaluaciones hasta la fecha (2000 y 2001). De cada una de ellas se han derivado muchas acciones de mejora. La información de las mismas la empleamos cada año para el establecimiento de los objetivos de la organización. Objetivos que se ven desplegados en los procesos y en los centros y servicios.

## Valoración de los resultados obtenidos

Este Sistema de trabajo nos está permitiendo conocer nuestros propios objetivos, la manera de llevarlos adelante y el grado de cumplimiento de los mismos, detectar muchas áreas de mejora, priorizar aquellas que más repercusión tienen en los clientes principales de la organización, tener un constante estímulo para avanzar, alinearnos todos los involucrados en el mismo sentido y sentir nuestros procesos dentro de otros procesos del entorno. Ello nos permite tener una visión global de la atención de las personas mayores y dependientes, saber el eslabón que en esa atención ocupamos nosotros y como mejorar el conjunto.

María Isabel Genua  
Directora de Calidad de Matia Fundazioa