

Ossteba

OSASUN
TEKNOLOGIEN
EBALUAZIOA

EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS
SANITARIAS



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

INFORME DE EVALUACIÓN

D-16-03

IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE EFQM EN OSAKIDETZA

Proyecto de Investigación Comisionada

Septiembre 2016

INFORME DE EVALUACIÓN

D-16-03

IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE EFQM EN OSAKIDETZA

Proyecto de Investigación Comisionada

Septiembre 2016

Matthies Baraibar, Carmen
García Urbaneja, Marbella
Letona Aramburu, Jon
De la Rica Giménez, José Antonio
González Llinares, Rosa
Nuño Solinís, Roberto
Arcelay Salazar, Andoni
Mateos del Pino, Mainer
Martínez Carazo, Catalina
Alonso Moran, Edurne
Olaetxea Urizar, Esther

Dabouza Acebal, Silvia
Cantero González, David
Sierra Hernández, Fernando
Colina Alonso, Alberto
Sánchez González, Elena
Ladrón de Guevara Portugal, José Manuel
Muñoz Fernández, Jesús
Ruiz Alvarez, Esteban
Ruiz Osma, Jacinto
Yarritu Fernández, Carmen

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2016

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la red Bibliotekak del Gobierno Vasco:<http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>

Financiación: Beca de Investigación Comisionada 2008. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.
Nº Expediente 2008/10.

Este documento debe ser citado como:

Matthies C, García M, Letona J, De la Rica J.A, González R, Nuño R, Arcelay A, Mateos del Pino M, Martínez C, Alonso E, Olaetxea E, Dabouza S, Cantero D, Sierra F, Colina A, Sánchez E, Ladrón de Guevara J.M, Muñoz J, Ruiz E, Ruiz J, Yarritu C. *Impacto de la implantación de EFQM en Osakidetza*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Salud, Gobierno Vasco, 2016. Informe Osteba D-16-03.

Autora para correspondencia:

mariacarmen.matthiesbaraibar@ osakidetza.eus (Carmen Matthies Baraibar)

El contenido de este documento refleja exclusivamente la opinión de las personas investigadoras, y no son necesariamente compartidas en su totalidad por quienes han realizado la revisión externa o por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Edición: Septiembre 2016

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Salud

Internet: www.euskadi.eus/publicaciones

Editores: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1 – 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: Composiciones RALI, S.A.
Costa, 12-14, 7º izda. – 48010 Bilbao

Equipo de Investigación

Investigadora Principal

Carmen Matthies Baraibar. Osakidetza, Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea Enkarterri Cruces. Bizkaia.

Miembros del equipo de investigación

David Cantero González. Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Barrualde Galdakao. Hospital Galdakao-Usansolo. Bizkaia.

Alberto Colina Alonso. Osakidetza. Hospital Universitario Cruces. Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces. Bizkaia.

Silvia Dabouza Acebal. Osakidetza, Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea Enkarterri Cruces. Bizkaia.

José Antonio De la Rica Giménez. Osakidetza. Dirección de Asistencia Sanitaria. Dirección General. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).

Rosa M^a González Llinares. Osakidetza. Subdirección de Asistencia Sanitaria. Dirección General. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).

Jon Letona Aramburu. Osakidetza. Subdirección de calidad. Dirección General. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).

Maidier Mateos del Pino. Unidad de Investigación Araba. OSI Araba, Hospital Universitario. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).

Jesús Muñoz Fernández. Osakidetza. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).

Roberto Nuño Solinís. Universidad de Deusto. Deusto Business School Health. Bizkaia.

Esteban Ruiz Álvarez. Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud. Navarra.

Jacinto Ruiz Osma. Osakidetza. Organización Central, Subdirección Gestión Presupuestaria. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).

Elena Sánchez González. Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Bilbao Basurto. Bilbao. Bizkaia.

Fernando Sierra Hernández. EUSKALIT, Gestión Avanzada, Zamudio, Bizkaia.

Carmen Yarritu Fernández. Osakidetza. Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. (Araba/Álava).

Asesoría y apoyo metodológico

Catalina Martínez Carazo. Unidad de Investigación de Atención Primaria Bizkaia, Subdirección Asistencia Sanitaria. Bizkaia.

Eduarne Alonso Moran. Investigadora bioestadística autónoma. Arrigorriaga. Bizkaia.

Andoni Arcelay Salazar. Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Alto Deba. Gipuzkoa.

Marbella García Urbaneja. Osakidetza. Hospital Santa Marina. Bilbao. Bizkaia.

Esther Olaetxea Urizar. Osakidetza, Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea Enkarterri Cruces. Bizkaia.

José Manuel Ladrón de Guevara Portugal. Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Donostialdea. Gipuzkoa.

Carlos Sola Sarabia. Subdirección de Asistencia Sanitaria. Organización Central. Osakidetza. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).

Revisores externos

Susana Lorenzo Martínez. Jefe de Unidad de Calidad y Coordinación de Gestión de pacientes. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

José Joaquin Mira Solvet. Catedrático Social de la salud. Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante.

Coordinación y gestión administrativa del Proyecto en Osteba

M^a Asun Gutiérrez Iglesias, Ana Belén Arcellares Díez, Iñaki Gutiérrez Ibarluzea y Eva Reviriego Rodrigo. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).

ÍNDICE

RESUMENES ESTRUCTURADOS.....	9
1. INTRODUCCIÓN	17
2. OBJETIVOS	21
3. MATERIAL Y MÉTODOS	25
3.1. Metodología cuantitativa.....	28
3.1.1. Subcriterio 6a resultados en los clientes. Medidas de percepción.....	28
3.1.2. Subcriterio 7a resultados en las personas. Medidas de percepción.....	30
3.1.3. Subcriterio 9a resultados clave. Resultados estratégicos clave.....	33
3.2. Metodología cualitativa	35
3.2.1. Revisión de la literatura para la generación de la información a partir de la observación de la realidad del fenómeno	35
3.2.2. Composición de los grupos	35
3.2.3. Procedimiento	36
3.2.4. Proceso de análisis.....	36
4. RESULTADOS.....	39
4.1. Resultados cuantitativos.....	41
4.2. Resultados cualitativos	49
5. CONCLUSIONES	59
6. RECOMENDACIONES	65
BIBLIOGRAFÍA	69
ANEXOS.....	73
Anexo I. Figuras y tablas	75
Anexo II. Guiones utilizados para los grupos de discusiones.....	77
Anexo III. Tabla de selección de participantes en grupos de discusión	80
Anexo IV. Mapas de ideas obtenidos de cada grupo de discusión	81

RESÚMENES ESTRUCTURADOS

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE EFQM EN OSAKIDETZA

Autores: Matthies C, García M, Letona J, De la Rica J.A, Gonzalez R, Nuño R, Arcelay A, Mateos del Pino M, Martinez C, Alonso E, Olaetxea E, Dabouza S, Cantero D, Sierra F, Colina A, Sanchez E, Ladrón de Guevara J.M, Muñoz J, Ruiz E, Ruiz J, Yarritu C.

Tecnología: organizativa

Palabras clave: EFQM excellence model, business performance, impact, competitive advantage, outcomes, health care, measure, EFQM implantation, management tools, efficacy, efficiency.

Fecha: marzo 2016

Páginas: 84

Referencias: 18

Lenguaje: castellano, y resumen en castellano, euskera e inglés.

INTRODUCCIÓN

Trascurridos 15 años del inicio de la apuesta por los principios de Calidad Total y la implantación del Modelo de Excelencia EFQM en Osakidetza, se observa que diversos factores internos y externos han llevado a diferentes ritmos en la implantación del Modelo de Excelencia en las diferentes organizaciones de servicios que la componen. Así, surge la pregunta sobre cuál ha sido el impacto real de esta implantación en dos ámbitos: los resultados de las organizaciones de servicios y de las herramientas de gestión.

HIPÓTESIS

La implantación del modelo EFQM y las herramientas propiciadas por este modelo en la gestión de las organizaciones de servicios de Osakidetza impactó positivamente en los resultados alcanzados por las mismas durante el periodo 1999-2010.

OBJETIVOS

1) Relacionar el grado de progreso en la implantación del Modelo EFQM con la evolución de los indicadores de resultado, 2) Detectar el impacto derivado de la utilización de EFQM y sus herramientas/metodologías a partir de la percepción de los diferentes profesionales de los centros, 3) Analizar si existen diferencias en la valoración de la utilidad del modelo y sus herramientas entre directivos, mandos intermedios y profesionales de Osakidetza, 4) Identificar estrategias que hayan demostrado ser efectivas en relación con la implantación del Modelo EFQM en las organizaciones de Osakidetza.

METODOLOGÍA

Para la evaluación de la utilidad en la gestión se han utilizado técnicas cualitativas de generación de información a través de entrevistas y grupos de discusión. Por otro lado, se han estudiado cuantitativamente las relaciones entre los resultados de las organizaciones con un alto grado de implantación del Modelo y los resultados de las organizaciones con un grado menor de implantación. El periodo de estudio abarcó desde diciembre de 1999 hasta diciembre de 2010.

Análisis económico: SÍ

NO

Opinión de personas expertas:

SÍ

NO

RESULTADOS

Según la percepción de las Personas (profesionales), los resultados del impacto de la implantación del modelo EFQM fueron destacadamente positivos para las dimensiones «Formación»; «Comunicación»; «Dirección y Política» desde el 2004 hasta el año 2010. Sin embargo, no se pudo evidenciar dicho impacto en la percepción de los Clientes (pacientes y usuarios). Del análisis cualitativo, se observó un aumento en la accesibilidad a los líderes, así como posibilidad de crítica y aportación. En los Resultados Clave no se concluyó que la obtención de algún tipo de Q tuviese implicaciones en ellos, excepto para el ítem «% cancelaciones debidas al centro» en 2004-2006. Del análisis cualitativo, se obtuvo que los modelos de calidad aportan misión, visión y valores a todas las acciones y en todos los niveles de la organización.

CONCLUSIONES

La implantación del modelo EFQM en Osakidetza y el avance de sus organizaciones en el mismo, tuvo un impacto positivo en la percepción de *las personas en relación a elementos gestionables, pero no se apreciaron* diferencias en los aspectos más homogéneos. Además, la satisfacción de las personas es mayor en aquellas organizaciones más avanzadas (Q-oro) que en las organizaciones sin reconocimiento.

LABURPEN EGITURATUA

Izenburua: EFQM EZARTZEKO OSAKIDETZAN ERAGINA

Egileak: Matthies C, García M, Letona J, De la Rica J.A, Gonzalez R, Nuño R, Arcelay A, Mateos del Pino M, Martinez C, Alonso E, Olaetxea E, Dabouza S, Cantero D, Sierra F, Colina A, Sanchez E, Ladrón de Guevara J.M, Muñoz J, Ruiz E, Ruiz J, Yarritu C.

Teknologia: antolakuntzako

Gako-hitzak: EFQM excellence model, business performance, impact, competitive advantage, outcomes, health care, measure, EFQM implantation, management tools, efficacy, efficiency.

Data: 2016ko martxoa

Orrialde-kopurua: 84

Erreferentziak: 18

Hizkuntza: gaztelania; laburpena gaztelaniaz, euskaraz eta ingelesez.

SARRERA

15 urte pasa dira Osakidetzak Erabateko Kalitatearen oinarriak eta EFQM Bikaintasun Ereduaren erronka hartu zuenetik eta agerian dago barne eta kanpo faktore anitzek eragin izan dutela Zerbitzu erakundeen erritmo ezberdinetan eredu hedatzeko orduan. Gauzak horrela, galdera bat sortzen da ea hedatze honen benetako inpaktua zein izan den bi esparrutan: zerbitzu erakundeen emaitzak eta kudeatzeko tresnak.

HIPOTESIA

EFQM Ereduaren hedapenak eta eredu honekiko tresnek eragin baikorra izan zuten Zerbitzu erakundeen kudeaketan eta euren emaitzetan 1999tik 2010ra.

HELBURUAK

1) EFQM Ereduaren hedapenaren aurrerapen maila eta emaitzen adierazleak erlazionatzea; 2) EFQM Eredu eta bere tresna edota metodologiaren erabilaren inpaktua aurkitzea profesionaleen ikuspegiaren arabera; 3) Osakidetzako zuzendari, erdi-mailako arduradun eta profesionaleen iritzien artean ezberdintasunik dagoen aztertzea, eredu eta bere tresnen gainean; 4) EFQM Eredua zerbitzu erakundeetan hedatzerakoan eraginkorrak azaldu diren estrategiak aurkitzea.

METODOLOGIA

Ereduaren erabilgarritasuna kudeaketan ebaluatzeko, argibide sortzeko teknika kualitatiboak erabili dira elkarrizketa eta eztabaida-taldeen bidez. Bestalde, kuantitatiboki aztertu dira Ereduaren hedapen

handiko maila duten erakunde eta hedapen baxuagoko maila duten erakundeen arteko harremanak. Azterketaren tartearen 1999tik abenduaren 2010ra izan zen.

Azterketa ekonomikoa: BAI

EZ

Adituen iritzia:

BAI

EZ

EMAITZAK

Profesionaleen ikuspegitik EFQM Ereduaren inpaktoaren emaitzak oso baikorrak izan ziren «Prestakuntza»; «Komunikazioa» eta «Estrategia eta Politika» dimensioetan 2004tik 2010ra. Hala ere, inpakto hori Bezeroen ikuspegiaren arabera (pazienteak eta erabiltzaileak) ez zen posible izan nabaritzea. Azterketa kualitatiboak erakutsi zuen liderren gertutasun handitzea eta kritika eta ekarpena egiteko aukera gehiago. Q-ren bat lortzeak eraginik duela emaitza klabeetan ez zen hartu ondorioztat, item batean izan ezik «erakunde sanitarioak eraginiko ezerezteen %» 2004tik 2006ra. Analisi kualitatiboak erakutsi du kalitate ereduak xedea, ikuspegia eta baloreak errazten dituztela ekintza eta erakundearen maila guztietan.

ONDORIOAK

Osakidetzan EFQM Ereduaren ezartzeak eta zerbitzu erakundeek ereduari izandako aurrerapenak inpakto baikorra izan zuten Profesionaleen iritzian erakundeek kudeatzeko gaitasun duten arloei buruz. Ez zen nabaritu ordea ezberdintasunik homogeneagoak ziren arloetan. Azkenik, Profesionaleen asebetetzea handiagoa omen da aurreratuagoak diren erakundeetan («Urrezko Q»-a lortu dutenak) aintzatespenik gabeko erakundeekin konparatuz.

STRUCTURED SUMMARY

Title: IMPACT OF THE IMPLEMENTATION OF EFQM IN OSAKIDETZA

Authors: Matthies C, García M, Letona J, De la Rica J.A, Gonzalez R, Nuño R, Arcelay A, Mateos del Pino M, Martinez C, Alonso E, Olaetxea E, Dabouza S, Cantero D, Sierra F, Colina A, Sanchez E, Ladrón de Guevara J.M, Muñoz J, Ruiz E, Ruiz J, Yarritu C.

Technology: organizational

Keywords: EFQM excellence model, business performance, impact, competitive advantage, outcomes, health care, measure, EFQM implantation, management tools, efficacy, efficiency.

Date: March 2016

Pages: 84

References: 18

Language: Spanish, and abstract in Spanish, Basque and English.

INTRODUCTION

15 years ago Osakidetza, the Basque Country Public Health Service took the challenge to implement Total Quality principles and the EFQM Excellence Model. Nowadays, it is perceived that internal and external factors might have caused different rhythms in how the health organizations which form Osakidetza have developed this Excellence Model.

Therefore, the question arises about how the real implementation has been in two areas: health organizations' results and management tools.

HYPOTHESIS

The implementation of the EFQM Excellence Model and the tools created through it in the organization's management had a positive impact in their results during the 1999-2010 period.

OBJETIVES

Aims: 1) to link the EFQM Excellence Model progress grade and the evolution in results indicators; 2) to identify EFQM Excellence Model's and its tools/methodologies' impact according to professionals' perception; 3) to analyse if there are different perceptions about the usefulness of the model and its tools among executives, managers and professionals in Osakidetza; 4) to identify those strategies which have shown to be effective related to the EFQM Excellence Model's implementation in Osakidetza's organizations.

METHODOLOGY

Qualitative techniques for information arising have been taken ahead through interviews and discussion groups, in order to evaluate EFQM Excellence Model's usefulness for management. Besides, a quantitative study has been made of relationships within results in organizations with high level of EFQM Model implementation and results in organizations with lower level of implementation. The study period covered from 1999 to 2010.

Economic analysis: YES

NO

Expert opinion:

YES

NO

RESULTS

According to Professionals' perception, the results achieved due to the EFQM Model implementation were outstandingly positive in the following dimensions, Training; Communication; and Strategy & Politics since 2004 to 2010. However, no such impact could be evidenced in Clients' perception (patients and users). Qualitative analysis showed a higher accessibility in leaders, and higher chance to criticize and contribute. Key results did not show that the fact of achieving a Q prize had an impact on them, except for the item which measured the "% of cancellations due to the health organization", for the period from 2004 to 2006. Quantitative analysis showed that quality models provide mission, vision, and values to every action and in every organizational level.

CONCLUSIONS

EFQM Model implementation in Osakidetza and the progress of Osakidetza organizations through the model, had a positive impact in Professionals' perception related to elements that can be managed by each organization, but no differences were showed about those management aspects which are more homogeneous or corporate. Finally, Professionals' satisfaction seems to be higher in the most advanced organizations (those which have achieved the "Golden Q") compared to organizations with no recognition.

1. INTRODUCCIÓN

El enfoque de la calidad ha evolucionado a través del tiempo. En sus inicios, los esfuerzos en calidad de una organización se dirigían hacia el control de la calidad del producto o servicio para adecuarlo a la satisfacción del usuario. Posteriormente surgió el concepto de **Calidad Total o Excelencia** que actualmente se entiende como una estrategia de gestión de toda la empresa que aglutina las mejores prácticas, para satisfacer **de forma equilibrada** a los clientes, empleados, accionistas y a la sociedad en general, por medio de la utilización eficiente de todos los recursos disponibles.

Existen varios modelos de calidad a través de los cuales una organización o empresa puede gestionar de manera planificada la calidad de la misma. En Europa, el modelo más extendido es el de la **Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM)**¹, que, actualmente permite aplicar la Gestión de la Calidad Total (GCT) en cualquier tipo de organización, independientemente de su tamaño, del país donde se realice la actividad, del sector al que se dedique o de su experiencia en la GCT. El Modelo de la EFQM se considera como un marco de referencia en la gestión de la calidad de carácter no-prescriptivo y no-normativo. Se fundamenta en que los resultados excelentes con respecto al rendimiento de la organización, a los Clientes, a las Personas y a la Sociedad se logran mediante un Liderazgo que defina, dirija e impulse la Política y Estrategia, a través del conocimiento, habilidad, creatividad y motivación de las personas de la organización, de sus alianzas y recursos y una Gestión basada en Procesos.



Figura 1. Modelo EFQM (Propiedad de EFQM)

A nivel estatal, el interés por el Modelo de la EFQM en el sector sanitario ha ido creciendo progresivamente, lo que se ha traducido en un aumento de actividades formativas, una mayor presencia en reuniones científicas y más publicaciones sobre el tema. El Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, destaca por el número y calidad de reconocimientos entre los centros y organizaciones sanitarias que han desarrollado experiencias en este ámbito.

El Servicio Vasco de Salud-Osakidetza es un Ente Público de derecho privado adscrito al Departamento de Salud de la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi (ver sitio web: <http://www.osakidetza.euskadi.eus>), comunidad de más de 2 millones de habitantes (ver sitio web: <http://www.eustat.eus>).

¹ EFQM. Modelo EFQM de Excelencia. Madrid: EFQM y Club de Gestión de Calidad, 2003. En Internet: www.efqm.org.

En el País Vasco, el modelo EFQM ha sido el origen de reconocimientos específicos y propios, basados en la puntuación obtenida por las organizaciones en evaluación externa conforme al modelo. Euskalit ha sido el organismo independiente nombrado por el Gobierno Vasco que ha gestionado dichas evaluaciones y el proceso de evaluación, con evaluadores capacitados, e independientes de organizaciones del País Vasco. Así en el año 1998, el Gobierno Vasco crea dos reconocimientos; la **Q-oro Premio Vasco a la Calidad de Gestión** otorgado a aquellas organizaciones que superen los 500 puntos del Modelo EFQM, y la **Q-plata** para aquellas que superen los 400 puntos.

Desde 1992 hasta la actualidad y con carácter corporativo, se han venido desarrollando en Osakidetza diferentes actividades en el ámbito de la gestión de la calidad. En el año 1994, Osakidetza se vinculó como patrono a la Fundación Vasca para el Fomento de la Calidad (FVFC-Euskalit) actualmente denominada **EUSKALIT, Gestión Avanzada (1)**. Precisamente uno de los detonantes más relevantes fue la adopción, hacia el año 1995, del Modelo de Excelencia EFQM como modelo de referencia en la gestión de la Calidad Total (2). En su despliegue, se adoptaron diversas estrategias y metodologías como la adaptación del Modelo al entorno sanitario y se realizaron importantes esfuerzos en formación bajo el esquema de «formación para la acción» (formación con aplicación en la propia organización, con tutorización durante el proceso formativo) (3). Se estableció un esquema de autoevaluaciones bienales (7 ciclos completos durante la implantación del modelo) por el que con carácter voluntario se estimulaba a que todas las organizaciones utilizaran el modelo EFQM (4, 5, 6, 7), etc. A su vez, el despliegue del modelo EFQM favoreció el desarrollo de instrumentos corporativos para la adopción de diferentes herramientas (8), y metodologías como '5S' (9), gestión por procesos (10, 11, 12), desarrollo de planes estratégicos (13, 14, 15), encuestas de satisfacción tanto de pacientes como de personas (16), Cuadro de Mando Integral, Certificaciones ISO 9000, 14000 y 18000, actividades en el ámbito de la gestión de la Innovación y de la Responsabilidad Social Corporativa, etc.

Aunque se trató de un proyecto corporativo que incluye a todas las organizaciones sanitarias de Osakidetza, la diversidad y cultura de cada una de nuestras organizaciones han condicionado el que el grado de implantación no haya sido homogéneo en todas ellas. Así, por ejemplo, como consecuencia de este despliegue, muchas de las organizaciones de Osakidetza han sido reconocidas externamente como organizaciones excelentes, tanto a nivel local por el Gobierno Vasco, como a nivel nacional e internacional, en el ámbito de la salud y en el entorno más general de administración pública o empresas de servicios. Así, a fecha actual Osakidetza cuenta con **1 Prize Winner en el European Excellence Award**, **2 Premios Iberoamericanos a la excelencia en la gestión**, **7 Q-oro Premio Vasco a la Calidad de Gestión** y **21 Q-plata**, estos dos últimos reconocimientos otorgados por el Gobierno Vasco.

Transcurrido este tiempo desde la apuesta por los Principios de la Calidad Total y la implantación del Modelo EFQM en Osakidetza, en aras de la transparencia y para alcanzar la excelencia que el propio modelo propugna, el equipo de investigación se propuso revisar en profundidad las acciones desarrolladas y los resultados obtenidos en su implantación para poder aprender y aplicar este conocimiento en el camino recientemente iniciado con el nuevo Modelo de Gestión Avanzada (MGA) (ver sitio web: <http://www.euskalit.net/nueva/images/stories/pdfs/modelo20152.pdf>).

Por tanto, se planteó así un estudio que relacionase el grado de progreso en la implantación del modelo de excelencia EFQM con la evolución de los indicadores de resultado de las organizaciones (análisis cuantitativo) y que, además, estableciera si existían diferencias en la valoración de la utilidad del modelo y sus herramientas entre distintos estamentos profesionales: directivos, mandos intermedios y profesionales (análisis cualitativo), identificando las estrategias que hubieran demostrado ser más efectivas en relación con la implantación del modelo en las organizaciones de Osakidetza.

2. OBJETIVOS

La hipótesis que se propone demostrar es que la implantación del modelo EFQM y las herramientas propiciadas por este modelo en la gestión de las organizaciones de servicios de Osakidetza impactaron positivamente en los resultados alcanzados por las mismas.

Por tanto, se plantearon los siguientes objetivos: 1) Relacionar el grado de progreso en la implantación del modelo de excelencia EFQM con la evolución de los indicadores de resultado, 2) Detectar el impacto (fortalezas y debilidades) derivado de la utilización de EFQM y sus herramientas/metodologías, a partir de la percepción de los diferentes profesionales de los centros, 3) Analizar si existían diferencias en la valoración de la utilidad del modelo y sus herramientas entre directivos, mandos intermedios y profesionales de Osakidetza, y 4) Identificar las estrategias que hubieran demostrado ser efectivas en relación con la implantación del Modelo EFQM en las organizaciones de Osakidetza.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Para conocer el contexto literario-académico relativo al impacto de la implantación del modelo EFQM en una organización como Osakidetza, se llevó a cabo una revisión de la literatura y una revisión documental. Esta revisión se centró en las intervenciones y experiencias previas en contextos nacionales e internacionales en el período 1998-2008. Al inicio del año 2015 se hizo una actualización hasta 2014, es decir, se incluyeron 6 años más.

Se realizó una primera búsqueda en la base de datos de MEDLINE (inglés, francés y español). Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron: EFQM excellence model, business performance, impact, competitive advantage, outcomes, health care, measure, EFQM implantation, management tools, efficacy, efficiency.

Asimismo, se realizó otra búsqueda en la literatura gris: Asociaciones, entidades y organismos estatales e internacionales relacionados con el impacto de la implantación del modelo EFQM y los resultados en organizaciones sanitarias y empresas de otros sectores de servicios. Se incluyeron las memorias de organizaciones de servicios de Osakidetza que obtuvieron los reconocimientos Q-plata y Q-oro. Además, se realizó una recopilación de los documentos didácticos (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12) elaborados por personal de Osakidetza para apoyar a las organizaciones de servicios en el despliegue del Modelo EFQM y otras herramientas de gestión como la Autoevaluación, la metodología 5s,...

En relación al *primer objetivo* planteado, se analizó la relación existente entre el grado de implantación del Modelo de Excelencia EFQM con los resultados de la organización reflejados en los siguientes criterios de Resultados: Criterio 6- Resultados en los Clientes; Criterio 7- Resultados en las Personas y Criterio 9- Resultados Clave.

El periodo a estudio abarcó desde diciembre de 1999 hasta diciembre 2010. Las unidades de estudio fueron 27 de las 30 organizaciones de servicio que existían en dicho periodo, agrupadas en las siguientes tipologías de centro: Atención Primaria; Hospitales de Agudos; Hospitales de Media y Larga estancia y Atención Psiquiátrica de Osakidetza con atención directa sobre los pacientes. Se excluyeron del análisis tres organizaciones: Organización Central; Emergencias y Centro Vasco de Transfusiones y Tejidos Humanos (CVTTH). La Organización Central y el CVTTH fueron excluidas del estudio por tratarse en ambos casos de organizaciones de apoyo con funciones de coordinación, sin atención directa sobre el paciente lo que en muchos casos impide la comparabilidad de los resultados. En cuanto a Emergencias, aun siendo una organización con actividad asistencial, debido al carácter tan específico de su actividad y ante la previsible dificultad en la comparabilidad de los datos, se decidió excluirla también del estudio.

Las variables a estudio se derivaron del análisis realizado por el propio equipo investigador sobre los distintos instrumentos utilizados en la gestión de Osakidetza (Contrato Programa, Controles de Gestión, Plan de Calidad (17), Memorias de evaluación externa EFQM, etc. Este grupo de expertos, en razón a criterios de existencia de Sistemas de la Información homogéneos, estables en el tiempo, y de robustez, relevancia, factibilidad y pertinencia de los datos, seleccionaron los indicadores a analizar (variables a estudio). Además, a la hora de establecer los grupos de comparación se tuvo en cuenta el ámbito asistencial y el tamaño del centro.

Como fuentes para la obtención de datos de las variables, se utilizaron los mismos sistemas de información que para la determinación de las variables (ver capítulo 3.1 metodología cuantitativa), quedando garantizados así unos mínimos de calidad y homogeneidad en el tratamiento de los datos.

Se compararon aquellos centros que hayan superado un nivel Q-plata de excelencia frente a la situación de los centros que no lo hayan superado. Se conformaron así dos grupos en los que se analizaron las tendencias para las variables seleccionadas, en los Subcriterios de «Resultados en los Clientes. Medidas de percepción 6a»; «Resultados en las Personas. Medidas de percepción. 7a» y «Resultados Clave. Resultados estratégicos Clave 9a» desde diciembre de 1999 a diciembre 2010. Este análisis se

complementó siempre que fue posible, con la comparación de los centros que habían superado un nivel Q-oro de excelencia frente a la de los centros 'sin Q'. Dado que la obtención del reconocimiento externo se produjo en distintos momentos, los efectivos del grupo 'sin Q' se fueron reduciendo a lo largo del tiempo, mientras que se incrementaron el de los centros 'con Q.' De esta manera, se valoró no sólo la importancia del hito de la consecución del reconocimiento externo, sino otro elemento importante como es la de su mantenimiento en el tiempo.

Se excluyó del alcance del estudio el Criterio 8 «Resultados en la Sociedad» por ser un criterio que no se prestaba a una fácil interpretación, de gestión incipiente y no muy estructurada en nuestras organizaciones, con falta de homogeneidad en el tipo de indicadores, en su obtención e interpretación. Esta misma falta de homogeneidad utilizada motivó la exclusión de los indicadores de rendimiento.

Para el *objetivo 2 y 3*, generación de información a partir de la observación de la realidad del fenómeno, se realizaron grupos de discusión. El grupo de discusión es una de las principales técnicas cualitativas en investigación social. Se trata de un coloquio diseñado y planeado previamente, desarrollado en un ambiente no directivo, cuyo objetivo es obtener información del área de interés por medio de las ideas, valores y comentarios surgidos en el desarrollo del mismo, permitiendo el encuentro y la discusión entre una esperable pluralidad de discursos.

El guión a seguir en los grupos de discusión se elaboró en base a la literatura revisada. La participación en los grupos de discusión garantizó el respeto a las premisas de voluntariedad, anonimato y confidencialidad, éticamente exigibles. Para permitir el desarrollo de un análisis en profundidad de la información generada a través de las técnicas planteadas, se procedió a la grabación de los encuentros para su posterior transcripción textual.

Para el *objetivo 3 y 4*, se utilizó una metodología de consenso del grupo investigador a partir de las conclusiones contenidas en el análisis cuantitativo y en el cualitativo, y se procedió a identificar las estrategias más efectivas a través del consenso del equipo investigador.

A continuación se describe más detalladamente la metodología adoptada para realizar los análisis cuantitativo y cualitativo.

3.1. METODOLOGÍA CUANTITATIVA

A continuación, para el objetivo 1, se desarrolla más exhaustivamente la metodología adoptada para analizar los resultados obtenidos por las organizaciones de servicios en los criterios de Resultados del modelo (SubCriterio 6a «Resultados en los Clientes. Medidas de Percepción»; SubCriterio 7a «Resultados en las Personas. Medidas de Percepción» y SubCriterio 9a «Resultados Clave. Resultados estratégicos clave»).

3.1.1. Subcriterio 6a resultados en los clientes. Medidas de percepción

En este subcriterio se estudió el impacto derivado de la utilización del modelo EFQM y sus herramientas/metodologías a partir de la percepción de los clientes, usuarios, pacientes y sus familias en nuestro caso, medida a través de cuestionarios de satisfacción.

Estos cuestionarios se aplicaban en todos los centros del ámbito de estudio. Los ítems son tipo Likert con 5 categorías: «Excelente»; «Muy bueno»; «Bueno»; «Regular» y «Malo». Existían también cuestionarios específicos para los diversos ámbitos, si bien éstos tenían un núcleo común de ítems que permiten su comparación. De esta manera, se completaban un total de 11 cuestionarios correspondientes a diferentes ámbitos de actividad de Osakidetza. Además, se permiten preguntas adicionales decididas por cada centro.

Para permitir la comparabilidad de ítems entre los diferentes ámbitos de atención (urgencias, hospitalización, consulta externa, etc.) hubo que seleccionar las cinco dimensiones compartidas por las di-

ferentes tipologías de cuestionarios de satisfacción –«asistencia», «trato», «información», «limpieza» y «coordinación»–, quedando excluidas otras como el «dolor» o la «hostelería» (más propias de hospitalización), «tiempos de respuesta» (diferente valor y consideración en cada ámbito), etc. Las variables de estudio se centraron en los porcentajes de encuestados que calificaron como «excelente» cada uno de los aspectos recogidos.

Puesto que nuestro objetivo era estudiar si las organizaciones con alguna Q obtuvieron mejores puntuaciones que las que no poseían ninguna Q, se llevó a cabo un contraste de hipótesis de igualdad de medias, a saber, el t-test unilateral para dos muestras independientes. Previo al t-test, se condujo el test del Shapiro-Wilk para comprobar si se verificaba la hipótesis de normalidad requerida. En los casos en los que la normalidad fue rechazada, en lugar del t-test se recurrió a técnicas no paramétricas como el test de Kruskal-Wallis.

El análisis se ha realizado de manera independiente para cada uno de los cuatro ciclos de medición considerados (2001-2003, 2004-2006, 2007-2008 y 2009-2010) y, dentro de cada ciclo, se han hecho dos agrupaciones diferentes de las organizaciones que han dado lugar a dos análisis comparativos distintos: 1) organizaciones con algún tipo de Q vs organizaciones sin Q; y 2) organizaciones con Q-oro vs organizaciones sin Q.

A continuación, se explica detalladamente las características de las encuestas utilizadas:

1. *Diseño*

El modelo vigente de encuestas de satisfacción de pacientes de Osakidetza comenzó a implantarse en el año 1996. Su diseño fue llevado a cabo por equipos multidisciplinares de profesionales de Osakidetza en base al análisis de investigaciones precedentes y a grupos focales de pacientes (18). Esto permitió señalar las dimensiones más relevantes que debían contener los cuestionarios –asistencia, volvería (disposición a volver al centro), accesibilidad, trato, intimidad, información, limpieza, mejora y coordinación–, así como la concreción de los diferentes ítems de los que debía de constar. Tras su traducción al euskera, ambas versiones de los cuestionarios fueron validadas mediante la prueba piloto o pre-test (documento de carácter interno de 1999, no publicado, titulado «Cuestionarios de Pacientes y Usuarios de Osakidetza». Propiedad Dirección de Asistencia Sanitaria, Osakidetza.

El cuestionario administrado se compone de una serie de variables:

- a) Variables de carácter sociodemográfico: género, edad, población de residencia, idioma habitual, nivel de estudios, situación laboral.
- b) Variables relacionadas con la entrevista: número de llamadas necesarias, idioma en el que prefiere realizar la entrevista, días transcurridos entre entrevista y el alta.
- c) Variables que exploran la satisfacción del paciente agrupadas en áreas, que incluyen las anteriormente mencionadas –asistencia, volvería (disposición a volver al centro), accesibilidad, trato, intimidad, información, limpieza, mejora y coordinación–.

Los distintos tipos de cuestionarios se someten a una revisión anual o bienal, en su caso, antes de ser aplicados de nuevo. Estas revisiones se realizan en base al análisis de los datos y a las aportaciones de los responsables y de los usuarios de las encuestas, procediendo a incluir, eliminar o modificar ciertas preguntas.

2. *Regularidad*

Cada tipo de encuesta se organiza de manera coordinada cada año en una misma época y para todos los centros a los que afecta. La periodicidad de las encuestas es anual o bienal, en función de su relevancia.

3. *Tamaño de la muestra*

Las muestras son representativas de cada centro, asegurando una representatividad homogénea para todos los centros, con nivel de confianza del 95%, una probabilidad de detectar efectos estadísticamente significativos igual a 0,05 (es decir $p=0.05$) y un error muestral $\pm 4\%$. A partir de aquí, y a criterio de cada centro, esta muestra mínima puede ser ampliada globalmente o parcialmente por servicio o unidad. En todos los casos, la selección de pacientes la realiza cada centro siguiendo una metodología común en lo que respecta a criterios de extracción de los seleccionados y criterios de exclusión.

La muestra presenta las siguientes características:

- Los pacientes susceptibles de ser encuestados son aquellos que ingresan en los hospitales de agudos antes del 27 de octubre.
- En aquellos hospitales con menor número de ingresos se seleccionan pacientes hospitalizados con anterioridad al mes de octubre hasta completar el tamaño muestral.
- La encuestación se inicia tras enviar una carta a los domicilios de los seleccionados explicándoles los objetivos de la encuesta.

Las entrevistas se realizan a usuarios que han sido atendidos por los servicios sanitarios de Osakidetza, tratándose de reducir al máximo el tiempo que transcurre entre la atención y la entrevista. En las tipologías de encuestas que afectan al presente estudio, Atención Primaria, Hospitalización de Agudos y Hospitalización de Media y Larga estancia, el número total mínimo de cuestionarios cumplimentados por Hospital o Comarca de Atención Primaria en su caso varía entre 200 y 300.

4. *Entrevistas*

Éstas son realizadas por teléfono por una misma empresa externa para todos los centros al mismo tiempo. Los cuestionarios pueden ser administrados en castellano o en euskera, a elección del paciente.

Las entrevistas aseguran el anonimato y la confidencialidad de las respuestas.

5. *Resultados de las encuestas*

Se elabora un informe común por cada tipo de encuesta, en el que se apuntan las características de la muestra empleada cada año y las variables sociodemográficas de los encuestados. Los resultados de la encuesta se muestran agrupados por cada área temática y por centros para su comparación y adopción de planes de mejora; además cada centro recibe un informe específico propio, quedando a su disposición para su análisis y la elaboración en su caso de planes de mejora. De igual manera todos los profesionales de Osakidetza tienen acceso a los informes a través de la intranet corporativa.

3.1.2. Subcriterio 7a resultados en las personas. Medidas de percepción

Para este estudio, se recogieron datos referentes a 27 organizaciones de servicios, distribuidas en hospitales de agudos, psiquiátricos y de media y larga estancia, así como salud mental extrahospitalaria y comarcas de atención primaria utilizando datos correspondientes a cuatro ciclos de medición (2001-2003, 2004-2006, 2007-2008, 2009-2010).

El análisis estadístico se realizó de manera independiente para cada uno de los cuatro ciclos de medición considerados y, dentro de cada ciclo, se hicieron dos agrupaciones diferentes de las organizaciones que han dado lugar a dos análisis comparativos distintos: 1) organizaciones que han recibido alguna Q (independientemente de si es de plata o de oro) vs organizaciones sin Q; y 2) organizaciones que han recibido la Q-oro vs organizaciones sin Q.

En un ciclo de medición dado, se incluyeron en el grupo de organizaciones con Q aquellos hospitales y comarcas de atención primaria que habían obtenido el reconocimiento a lo largo de ese mismo ciclo o en cualquiera de los anteriores.

Puesto que nuestro objetivo era estudiar si las organizaciones con Q obtuvieron mejores puntuaciones que la que no poseían Q, se llevó a cabo un contraste de hipótesis de igualdad de medias, a saber, el t-test unilateral para dos muestras independientes. Previo al t-test, se condujo el test del Shapiro-Wilk para comprobar si se verificaba la hipótesis de normalidad requerida. En los casos en los que la normalidad fue rechazada, en lugar del t-test se recurrió a técnicas no paramétricas como el test de Kruskal-Wallis.

En lo que sigue, se extienden las características de los cuestionarios empleados:

1. Diseño

En el periodo 1998-2000, Osakidetza realizó sus primeras mediciones de la percepción de la satisfacción de Personas. Con el objetivo de unificar los criterios y establecer un marco de referencia común, se procedió a aprobar el Manual de Evaluación y Mejora de la Satisfacción de las personas (16) en el año 2001, el cual incluía el Procedimiento Corporativo para la medición de la satisfacción de sus profesionales.

Desde entonces, todas las organizaciones de servicios de Osakidetza, incluida la propia Organización Central (ahora llamada Dirección General), han evaluado de forma periódica (bienal) el grado de satisfacción de su personal, siendo las encuestas uno de los elementos de entrada más relevantes a la hora de determinar la percepción que tienen, sobre la organización, las personas que la integran.

En cada ciclo, cada organización puede añadir voluntariamente hasta cinco ítems de su interés a dicha encuesta corporativa.

Durante el año 2006 comenzó a realizarse una serie modificaciones y adaptaciones tendentes a mejorar los índices de participación y garantizar la representatividad de los datos. En el año 2007 se implantó un cambio metodológico consistente en la utilización de la encuesta personal a una muestra representativa (frente a la muestra autoseleccionada resultado del cuestionario autoadministrado que se utilizaba anteriormente). La siguiente tabla muestra las diferencias existentes entre la metodología actual (utilizada desde el año 2007) y la utilizada con anterioridad.

Tabla 1. Comparación de metodologías (metodologías anteriores a 2007 vs. posteriores a 2007) de aplicación de encuesta

	Metodología anterior	Metodología desde el 2007
Metodología	Cuestionario autoadministrado	Encuesta personal
Muestra	Se autoselecciona	Muestreo aleatorio estratificado por grupo profesional, con un error muestral inferior a +/-5%
Herramienta de medición	Escala de repuesta 1-5	Escala de repuesta 0-10
Frecuencia recomendada	Bienal	Bienal
Ventajas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coste reducido 2. Percepción mayor de anonimato y confidencialidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumenta la representatividad de los datos 2. Escala más sensible a los cambios 3. Recogida de datos de carácter más cualitativo
Inconvenientes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baja participación 2. Baja representatividad de los datos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coste más elevado/Fiabilidad entrevistador 2. Posibilidad de tendencia más positiva ante un entrevistador

Continuando con las mejoras iniciadas, y con el fin de mejorar la validez y fiabilidad de los resultados y determinar el peso diferencial de cada una de las dimensiones, en el año 2010 se realizó una serie de adaptaciones en las propias dimensiones e ítems en los que se estructura la encuesta, todo ello manteniendo las preguntas originales con el fin de asegurar la comparación de los datos provenientes de diferentes periodos. Estas adaptaciones se nutrieron de la información obtenida de la aplicación de una serie de técnicas estadísticas, entre las que se encuentran el Análisis Factorial Múltiple, Alpha de Cronbach y Análisis de Regresión o contribución. Se confirmó que la fiabilidad de la herramienta era alta, y la existencia de factores diferenciales a la hora de construir el concepto de satisfacción (**Tabla 2**).

La agrupación de factores o ítems es la que se muestra a continuación:

Tabla 2. Comparación de agrupaciones de factores o ítems (agrupaciones anteriores a 2010 vs. agrupación del 2010)

Agrupamiento anterior	Agrupamiento desde año 2010
1. Seguridad Laboral: Preguntas 1-5	1. Seguridad y salud laboral
2. Condiciones de trabajo: 6-10	2. Condiciones de trabajo
3. Formación: 11-12	3. Formación y desarrollo profesional
4. Identificación con el puesto y desarrollo profesional: 13-17	4. Retribución
5. Reconocimiento: 18-19	5. Medios técnicos y materiales
6. Retribución: 20-22	6. Ambiente de trabajo
7. Relación mando-colaborador: 23-24	7. Comunicación interna
8. Participación: 25-26	8. Estilo de liderazgo y organización en la unidad o servicio
9. Organización y mejora: 27-28	9. Política y estrategia
10. Clima laboral: 29-30	
11. Comunicación: 31-36	
12. Conocimiento e identificación de objetivos: 37-39	
13. Percepción dirección: 40-41	

2. La encuesta

Para discriminar de forma más precisa el grado de satisfacción de las personas encuestadas, la escala de respuesta pasó a ser 0-10 (frente al 1-5 anteriormente), homogeneizándose en el continuo muy insatisfecho/muy en desacuerdo-muy satisfecho/totalmente de acuerdo.

La nueva encuesta se estructura en 9 dimensiones (**Tabla 2**), cada una de las cuales recoge ítems o preguntas que explican y construyen dicha dimensión, así como una pregunta global en relación con cada dimensión. Esta agrupación permite a través de un análisis de correlación determinar la contribución de cada ítem en la explicación de la construcción de cada dimensión, así como la contribución de cada dimensión a la explicación del concepto de satisfacción global.

En relación con la satisfacción global, y con objeto de poder contrastar dichas puntuaciones y ver si la reflexión de las preguntas que configuran la encuesta puede afectar a la valoración inicial, la encuesta cuenta con una pregunta de satisfacción global tanto al inicio como al final del cuestionario. La herramienta de medición se completa con cuestiones del ámbito corporativo junto con preguntas tenden-

tes a evaluar el orgullo de pertenencia y la recomendación de Osakidetza como organización a la hora de trabajar.

Finalmente, el cuestionario recoge preguntas dirigidas a conocer la importancia que las personas encuestadas atribuyen a cada uno de los aspectos evaluados. Ésto será clave a la hora de priorizar las acciones de mejora derivadas de los resultados de la encuesta.

3. *Tamaño de la muestra*

El cuestionario se aplica a una muestra representativa y estratificada según la variable «grupo profesional», adoptando como criterio general un error muestral inferior al $\pm 5\%$. El universo consiste, en todos los casos, el personal de plantilla funcional (fijos e interinos), así como el personal eventual con una antigüedad superior a 6 meses.

La participación es voluntaria por lo que se dispone de una muestra de sustitutos para cubrir el número de personas de la muestra que declinan participar. El criterio para la elección de los sustitutos es tener el mismo «grupo profesional».

La obtención de la muestra se realiza por la consultora externa según los siguientes grupos profesionales: facultativos, enfermero/a y otros diplomados sanitarios, auxiliar enfermería, técnico especialista, celador/a, personal de administración y personal mantenimiento y servicios generales.

4. *Entrevistas*

En relación con la metodología de encuestación y los criterios para garantizar la representatividad de los datos, la metodología utilizada en la totalidad de las organizaciones de servicios de Osakidetza ha sido similar, siendo ésta desde el año 2007 la encuestación personal realizada por entrevistadores expertos externos (garantizando así la imparcialidad y profesionalidad en la recogida de información) ajenos a la organización.

5. *Resultados de las encuestas*

Al igual que en el SubCriterio 6a de Resultados en los Clientes, se elabora un informe común, en el que los resultados aparecen por tipología de centros para su comparación y adopción de planes de mejora, quedando a disposición de cada centro. De igual manera, se ponen a disposición de las personas de Osakidetza informes de resultados a través de la intranet corporativa.

3.1.3. Subcriterio 9a resultados clave. Resultados estratégicos clave

Para el análisis comparativo de los indicadores de Resultados Clave del Modelo, se realizó una revisión inicial de las memorias EFQM elaboradas por los centros a lo largo de estos años con motivo de la solicitud de evaluación externa, y se tuvo en cuenta la disponibilidad de información a través de la herramienta corporativa Cuadro de mando.

Esto permitió establecer un listado inicial de indicadores por ámbito asistencial (Atención Primaria, Hospitales de Agudos y Hospitales de Media y Larga estancia). Esta batería de indicadores fue sometida a una valoración por parte del equipo investigador, teniendo en cuenta la frecuencia de utilización del indicador, su relevancia, fiabilidad y factibilidad de obtención del dato, con el objetivo de seleccionar aquellos donde fuera posible realizar una comparación.

Los sistemas de información en los que basamos el análisis recogen la definición de los indicadores utilizados y que como muestra se presenta la bibliografía de un grupo de ellos definidos y recogidos en la publicación interna de Homogeneización de Indicadores editada en 2002. (Ver sitio web: <https://>

www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/HomogeneizacionIndicadoresSistemaInformacionMensualAtencionEspecializada.pdf

El periodo estuvo comprendido entre 2001-2010. La metodología es análoga a la llevada a cabo para los subcriterios 6a y 7a y consistió en la realización de un contraste de hipótesis de igualdad de medias unilateral para dos muestras independientes (t-test). En los casos en los que no se verificó la hipótesis de normalidad se recurrió a técnicas no paramétricas.

Una vez seleccionados los posibles indicadores para la comparación, se consideraron tres posibles grupos de análisis.

1. Comparación entre hospitales (incluyendo los Psiquiátricos, Agudos y Media/Larga estancia)

Los indicadores comunes a estos hospitales fueron: estancia media, altas, % de reingresos e índice de ocupación. Los datos de estancia media, altas y reingresos son variables que dependen mucho del tipo de hospital, por lo que no se consideró pertinente realizar comparaciones con estas variables. Tampoco se utilizó el índice de ocupación ya que es una medida relativa en la que influye el tipo de actividad del hospital. Se desestimaron, también, algunos indicadores de carácter económico por la dificultad de comparación entre estas tipologías de hospitales (equilibrio presupuestario, coste GRD, etc.).

Se intentó también la comparación entre subgrupos de hospitales donde hubiese mayor afinidad en su actividad asistencial, pero tampoco fue posible llevar a cabo análisis estadísticos de comparación de estos indicadores entre organizaciones con algún tipo de Q vs organizaciones sin Q y organizaciones con Q-oro vs organizaciones sin Q, porque el número de hospitales que quedaba dentro de cada uno de los subgrupos era muy reducido para hacer las comparaciones.

2. Comparación entre Hospitales de Agudos

Como sucede en el caso anterior, algunos de los indicadores no se consideraron comparables al estar directamente relacionados con el tamaño y/o tipo de centro, como fueron el nº de primeras visitas; nº de sucesivas; estancia media; índice de ocupación, etc. Por otra parte, se seleccionaron como indicadores aquellos donde sí podría realizarse la comparación los siguientes:

- Demora media quirúrgica.
- Demora media en consultas externas.
- % intervenciones canceladas por el paciente.
- % intervenciones canceladas por el centro.
- Ratio consultas sucesivas/primeras.
- % cirugía mayor ambulatoria.
- Estancia media preoperatoria.
- % reingresos en menos de 30 días.
- Rendimiento de quirófanos.

En total fueron 11 los Hospitales de Agudos los que compusieron este grupo; analizando cómo se componían los grupos con alguna Q / sin Q en cuanto a tamaño se refiere, resultó viable realizar la comparación. Puesto que nuestro objetivo era estudiar si las organizaciones con Q obtuvieron mejores puntuaciones que la que no poseían Q, se llevó a cabo un contraste de hipótesis de igualdad de medias, a saber, el t-test unilateral para dos muestras independientes. Previo al t-test, se condujo el test del Shapiro-Wilk para comprobar si se verificaba la hipótesis de normalidad requerida. En los casos en los que la normalidad fue rechazada, en lugar del t-test se recurrió a técnicas no paramétricas como el test de Kruskal-Wallis.

3. Comparación entre Comarcas Atención Primaria

En cuanto al análisis de los resultados en Atención Primaria, se tuvo en cuenta que solamente eran 7 comarcas las que conformaban la atención en Osakidetza, por lo que al formar los dos grupos de comparación (con Q / sin Q), quedaban grupos demasiado pequeños para aplicar las técnicas estadísticas. Luego, el análisis sólo entre comarcas no fue viable.

3.2. METODOLOGÍA CUALITATIVA

Para dar respuesta a los objetivos 2 y 3 se llevó a cabo la siguiente metodología:

3.2.1. Revisión de la literatura para la generación de la información a partir de la observación de la realidad del fenómeno

El equipo investigador realizó una revisión bibliográfica previa, donde se recopilaron artículos relacionados con experiencias de implantación del modelo EFQM en diferentes sectores, así como memorias de organizaciones de servicios de Osakidetza premiadas con los reconocimientos de calidad Q-oro y Q-plata del Gobierno Vasco. Una vez realizada esta revisión, se realizó una lectura crítica con objeto de identificar aspectos claves relacionados con la implantación del modelo EFQM. Estos aspectos se trataron en forma de temas con los que se conformaron los guiones de los diferentes grupos focales. Se estimó oportuno diseñar diferentes guiones para poder aprehender los discursos de los diferentes tipos de participantes. En total se diseñaron cinco guiones, uno para cada uno de los grupos, con el objetivo de adaptar el enfoque de las cuestiones que debían ser abordadas y, además afrontar los temas necesarios en cada una de las situaciones (**Anexo II: Guiones utilizados para los grupos de discusiones**).

3.2.2. Composición de los grupos

De cara a componer los grupos de discusión, se definieron las variables a tener en cuenta para seleccionar los individuos adecuados: el perfil profesional; la intensidad en uso del modelo en la organización de servicios en la que trabajaba; el ámbito de trabajo (primaria, hospitalaria o salud mental); el sexo; el territorio histórico y su organización de servicios. Teniendo como objetivo obtener grupos lo más representativos posibles de la realidad actual y procurando que existiese cierto equilibrio en cuanto a las variables sexo y territorio histórico, cada uno de los miembros del equipo investigador propuso una serie de personas candidatas a participar en los grupos. La configuración final de cada uno de los grupos se realizó por consenso en una de las reuniones del equipo investigador.

Participaron tres tipos diferentes de profesionales de Osakidetza: directivos, mandos intermedios y profesionales de base. El equipo investigador consideró relevante obtener las aportaciones tanto de directivos como de mandos intermedios en grupos diferentes, pero también en un grupo en el que pudiesen participar personas de ambos segmentos, considerando que la interacción de ambos segmentos podría añadir mayor riqueza. Además, se tomó la decisión de incluir a profesionales de base, considerando que su participación en los mismos aportaría gran riqueza sobre la realidad del fenómeno, por lo que finalmente se diseñaron cuatro grupos: 1) directivos; 2) directivos y mandos intermedios; 3) mandos intermedios y 4) profesionales de base. Los cuatro grupos se realizaron en el mes de marzo de 2010. Dentro de los grupos de profesionales de base participaron categorías muy diversas incluyendo médicos de diferentes especialidades, psicólogos clínicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos de radiodiagnóstico, trabajadores sociales y celadores. En el grupo de profesionales de base se dieron una serie de circunstancias entre las que estaba la ausencia de una parte importante de los convocados y la apreciación de un sesgo positivo y optimista que se alejaba significativamente de la línea basal de núcleos de significado de la investigación, estos dos hechos aconsejaron metodológicamente organizar un nuevo grupo de contraste como aporte de material y contenidos que plasmará

de una forma más precisa y equilibrada las tesis de este colectivo. Para el diseño de la composición de los integrantes se utilizó la misma matriz que en los otros casos.

3.2.3. Procedimiento

Una vez completada la propuesta de participantes, los miembros del equipo investigador hicieron un primer contacto con los candidatos a participar en los grupos. A continuación se organizaron las citas y se confirmó la asistencia.

Los grupos de discusión se llevaron a cabo en marzo de 2010. Tres se realizaron en las salas de reuniones de la Organización Central de Osakidetza en Vitoria y dos en la Delegación Territorial de Sanidad y Consumo, en Bilbao.

Para un correcto registro de la información todos los grupos fueron grabados por un magnetófono y se utilizó una plantilla para tomar notas. De cara a un mejor análisis los cinco grupos fueron moderados por la misma persona que realizó las transcripciones y el posterior análisis. Los observadores, sin embargo, fueron diferentes integrantes del equipo investigador.

Los grupos se dieron por finalizados al llegar al punto de saturación, que se consiguió entre los 65 y 100 minutos desde el inicio.

Una vez grabados los grupos de discusión fueron transcritos literalmente para su posterior análisis. Para evitar sesgos en la interpretación de las intervenciones, éstas fueron anonimizadas.

La información recogida fue analizada con el software para el Análisis Cualitativo de Datos ATLAS.ti. Se realizó un análisis individual de cada una de las unidades de análisis. Se identificaron aquellos segmentos del discurso que tenían un significado relevante para el objetivo de la investigación y se guardaron como citas. A continuación, las citas con significados comunes se agruparon en códigos o nodos de significado para poder ser identificados con mayor facilidad. Aquellos códigos que guardaban relación entre sí fueron agrupados en diferentes familias y se crearon relaciones entre aquellos códigos que tenían cualquier tipo de relación, por ejemplo oposición, causalidad, facilidad o dificultad.

Se realizaron representaciones gráficas o mapas de ideas de estas interconexiones que identifican los contenidos más relevantes para el presente proyecto, y que facilitaron el análisis de la información recogida en el trabajo de campo.

Se realizaron varios análisis e interpretaciones de la realidad observada, los cuales fueron presentados y consensuados con el equipo investigador, hasta obtener los resultados expuestos en el presente informe.

3.2.4. Proceso de análisis

Se hicieron dos tipos diferentes de interpretación de lo recogido. Una, la más habitual, es la extracción de núcleos de significado que consistirían en zonas del discurso que se repiten y que abundan en una misma intención subjetiva. La repetición de este tipo de «unidades semánticas» da un valor contrastable al discurso, al alejarlo de la neutralidad. La investigación se hace a través de la exploración dirigida hacia la detección de ese tipo de mensajes con una intención subjetiva clara. Así mismo, esa intención se sitúa en el discurso grupal con una connotación diversa y en muchas ocasiones opuesta, lo que da un tono ideológico y dialéctico al total del discurso grupal.

La labor del equipo investigador se limitó en primer término a proponer una temática de investigación sobre la que exponer la impronta subjetiva que ha dejado la experiencia, en este caso la influencia del modelo EFQM en las organizaciones sanitarias. Este objetivo parece bastante sólido al proponer un tema lo suficientemente experimentado o, en ocasiones, comentado como para generar un discurso coherente con el campo de investigación.

En segundo lugar, se llevó a cabo una labor de identificación de núcleos de significado soportado en un análisis literal del discurso grupal producido. Se hizo este análisis con conocimiento de los elementos verbales y no verbales (participación como conductores de grupo) y tras una elaboración interpersonal de cuáles son los aspectos más destacados de la «temperatura», intencionalidad o tesis particular de cada grupo.

Los resultados de este análisis son útiles ya que indican una serie de factores:

- Preocupaciones más prevalentes en cada grupo.
- Intención de las opiniones.
- Agrupación en áreas de significado.
- Discursos repetidos.
- Discursos emergentes.

Esta tesis grupal ayuda también a establecer una matriz de áreas temáticas y discursivas en las que se ubican los núcleos de significado y a la calificación de los mismos en cuanto a su «color»: frío o caliente, positivo o negativo, como fortaleza o como debilidad institucional.

4. RESULTADOS

En primer lugar se explican los resultados cuantitativos obtenidos y en segundo lugar, los resultados cualitativos.

4.1. RESULTADOS CUANTITATIVOS

Al igual que en la metodología, se presentan los resultados según el subcriterio correspondiente (Clientes, Personas y Clave).

4.1.1. Subcriterio 6a: Resultados en los Clientes. Medidas de percepción

En la siguiente tabla 3 se muestra el tamaño de los grupos para cada uno de los ciclos. El total no se corresponde con la suma de los tres grupos ya que las organizaciones que tienen Q-oro también están contadas en el grupo de organizaciones con algún tipo de Q. Es decir, el total es el resultado de la suma entre las organizaciones sin Q y las organizaciones con algún tipo de Q.

Tabla 3. Tamaño de los grupos (subcriterio 6a Resultados en los clientes)

Tipo de Q	2001-2003	2004-2006	2007-2008	2009-2010
Organización sin Q	19	10	8	8
Organización con alguna Q	5	14	16	16
Organización con Q-oro	2	3	4	5
TOTAL (a)	24	24	24	24

Como se puede observar, hubo varios casos en los que el tamaño de los grupos fue reducido. En los dos primeros ciclos, 2001-2003 y 2004-2006, el grupo de organizaciones con Q-oro tan solo englobaba a dos y tres organizaciones, respectivamente. Los análisis estadísticos que se han llevado a cabo para hacer las comparaciones no son recomendables para muestras tan pequeñas por lo que en estos dos primeros periodos no se realizó la comparación entre las organizaciones con Q-oro y las organizaciones sin Q. Por otro lado, en los dos ciclos restantes, el grupo estuvo formado por cuatro o cinco organizaciones. En estas situaciones, el análisis se llevó a cabo con normalidad pero los resultados se han interpretado con cautela ya que las muestras siguen siendo reducidas.

Según las agrupaciones que se han expuesto en la metodología:

1. Comparaciones de organizaciones con algún tipo de Q vs organizaciones sin Q

El valor de medida de la tendencia central global dado por los usuarios en todas las dimensiones, fue alto, tanto en el grupo de organizaciones sin Q, como en el de algún tipo de Q, lo que no daba directamente margen a obtener diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 4. Medidas de tendencia central sobre 10, organizaciones con algún tipo de Q vs organizaciones sin Q

Tipo Q	Dimensión	2001-2003	2004-2006	2007-2008	2009-2010
		Media	Media	Media	Media
Ninguna	Asistencia	9.57	9.43	9.65	9.76
	Trato	9.60	9.54	9.62	9.71
	Información	9.17	9.23	9.41	9.46
	Limpieza	9.51	9.40	9.33	9.49
	Coordinación	8.99	8.91	9.57	9.68
Con alguna Q (Q-oro o Q-plata)	Asistencia	9.73	9.59	9.43	9.61
	Trato	9.70	9.63	9.52	9.58
	Información	9.50	9.31	9.20	9.30
	Limpieza	9.39	9.56	9.47	9.62
	Coordinación	9.03	8.64	7.63	7.78

Por este motivo, tomando como referencia la escala utilizada en los cuestionarios de satisfacción –«Excelente», «Muy bueno», «Bueno», «Regular» y «Malo»–, se analizaron las diferencias entre los grupos, teniendo en cuenta exclusivamente el % de usuarios que puntuaron como «Excelente» cada dimensión de estudio.

Tabla 5. % usuarios que asignan puntuación Excelente (media y SD), en los grupos de organizaciones con algún tipo de Q vs organizaciones sin Q

Tipo Q	Dimensión	2001-2003		2004-2006		2007-2008		2009-2010	
		Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD
Ninguna	Asistencia	50.1	8.4	50.1	8.5	50.0	7.3	57.0	11.2
	Trato	61.0	8.7	62.2	6.0	60.8	8.1	64.9	11.3
	Información	41.5	9.7	43.9	5.7	44.7	5.8	50.8	10.3
	Limpieza	40.8	10.6	41.0	7.5	40.9	4.6	49.5	10.3
	Coordinación	48.8	5.9	47.6	6.1	49.9	2.0	61.9	5.3
Con alguna Q (Q-oro o Q-plata)	Asistencia	53.5	10.5	49.3	8.0	49.1	9.2	56.7	7.5
	Trato	64.7	10.0	59.9	7.1	61.1	8.3	66.0	7.7
	Información	49.9	4.4	42.0	7.1	42.3	7.2	49.8	7.3
	Limpieza	39.9	9.9	40.1	8.2	39.8	6.8	47.0	8.5
	Coordinación	52.4	3.1	48.8	5.1	46.9	6.4	55.2	4.1

Se puede observar que el porcentaje de pacientes que han calificado como excelente cada una de las dimensiones fue superior en el grupo de las organizaciones con algún tipo de Q en los siguientes casos:

- En el ciclo 2001-2003, todas las dimensiones excepto limpieza.

- En el ciclo 2004-2006, sólo para coordinación.
- En el ciclo 2007-2008 y 2009-2010, trato.

En la **tabla 6** se recogen los p valores correspondientes al análisis comparativo entre organizaciones con algún tipo de Q (plata u oro) y organizaciones sin Q a lo largo de los cuatro ciclos estudiados.

Tabla 6. Comparación de medias de puntuación Excelente (p valores), organizaciones con algún tipo de Q vs organizaciones sin Q

Dimensión/ciclo	2001-2003	2004-2006	2007-2008	2009-2010
Asistencia	0.229	0.585	0.592	0.951
Trato	0.215	0.785	0.470	0.394
Información	0.057	0.751	0.795	0.606
Limpieza	0.572	0.609	0.655	0.731
Coordinación	0.177	0.366	0.345	0.059

Las casillas donde se han resaltado los p valores («información» en el 2001-2003 y «coordinación» en 2009-2010) corresponden a aquellos tests que, sin haber alcanzado la significación estadística, se han quedado bastante cerca.

2. Comparaciones de organizaciones con Q-oro vs organizaciones sin Q

Como en los dos primeros ciclos de medición (2001-2003 y 2004-2006) eran escasas las organizaciones que habían obtenido la Q-oro, no se realizaron las pruebas estadísticas.

Como antes, se muestran las medias generales para justificar la elección de excelentes. Se puede observar que las medias son muy altas.

Tabla 7. Medias sobre 10, organizaciones con Q de oro vs organizaciones sin Q

Tipo Q	Dimensión	2007-2008	2009-2010
		Media	Media
Ninguna	Asistencia	9.49	9.66
	Trato	9.54	9.66
	Información	9.24	9.34
	Limpieza	9.40	9.60
	Coordinación	8.64	8.73
Q-oro	Asistencia	9.65	9.77
	Trato	9.68	9.60
	Información	9.46	9.48
	Limpieza	9.50	9.46
	Coordinación	8.47	8.74

Las principales medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar) según periodo establecido se muestran a continuación:

Tabla 8. Medidas de tendencia central de puntuación Excelente, organizaciones con Q-oro vs organizaciones sin Q

Tipo Q	Dimensión	2007-2008		2009-2010	
		Media	SD	Media	SD
Ninguna	Asistencia	50.0	7.3	57.0	11.2
	Trato	60.8	8.1	64.9	11.3
	Información	44.7	5.8	50.8	10.3
	Limpieza	40.9	4.6	49.5	10.3
	Coordinación	49.9	2.0	61.9	5.3
Q-oro	Asistencia	51.0	10.9	59.0	7.8
	Trato	64.9	7.7	69.0	7.2
	Información	44.6	6.1	51.8	6.5
	Limpieza	38.9	10.9	45.0	7.8
	Coordinación	50.8	3.7	56.0	5.7

Se puede ver que el porcentaje de «excelentes» fue superior en las organizaciones con Q-oro para las dimensiones «asistencia» y «trato» en ambos ciclos; para la coordinación en el ciclo 2007-2008 y para la información en el ciclo 2009-2010.

Sin embargo, como se refleja en la **tabla 9**, los p valores del análisis comparativo entre organizaciones con Q-oro y organizaciones sin Q para los dos últimos ciclos, muestran que estas diferencias no llegaron a ser estadísticamente significativas.

Tabla 9. Comparación de medias de puntuación «Excelente» (p valores), organizaciones con Q de oro vs organizaciones sin Q

Dimensión/ciclo	2007-2008	2009-2010
Asistencia	0.428	0.661
Trato	0.210	0.244
Información	0.512	0.884
Limpieza	0.676	0.788
Coordinación	0.643	0.289

4.1.2. Subcriterio 7: Resultados en las Personas. Medidas de percepción

En la **tabla 10** se muestra el tamaño de los grupos para cada uno de los ciclos. El total no se corresponde con la suma de los tres grupos ya que las organizaciones que tenían Q-oro también estaban contadas en el grupo de organizaciones con algún tipo de Q. Es decir, el total es el resultado de la suma entre las organizaciones sin Q y las organizaciones con algún tipo de Q. Para el ciclo 2001-2003 no hubo datos del Hospital de Zumarraga y para el ciclo 2004-2006 no hubo datos para Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia.

Tabla 10. Tamaño de los grupos (Subcriterio 7a Resultados en las personas)

Tipo de Q	2001-2003	2004-2006	2007-2008	2009-2010
Organización sin Q	19	10	8	8
Organización con alguna Q	5	14	16	16
Organización con Q de oro	2	3	4	5
TOTAL (a)	24	24	24	24

Como vemos, hay varios casos en los que el tamaño de los grupos fue reducido. En el primer ciclo (2001-2003), el grupo de organizaciones con Q-oro tan solo englobaba a dos organizaciones por lo que en este primer periodo no se ha realizado la comparación entre las organizaciones con Q-oro y las organizaciones sin Q. En el resto de los periodos, aun siendo pequeño el tamaño de los grupos de organizaciones con Q-oro, el análisis se realizó con normalidad pero los resultados se han interpretado con cautela.

1. Comparaciones de organizaciones con algún tipo de Q vs organizaciones sin Q

En la siguiente tabla se muestran las principales medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar) según periodo establecido para las organizaciones con algún tipo de Q (plata u oro) y organizaciones sin Q.

Tabla 11. Medidas de tendencia central sobre 10, organizaciones con algún tipo de Q vs organizaciones sin Q

Tipo Q	Dimensión	2001-2003		2004-2006		2007-2008		2009-2010	
		Media	SD	Media	SD	Media	SD	Media	SD
Ninguna	Seguridad	4.5	0.5	4.2	0.3	4.9	0.3	5.7	0.4
	Condiciones laborales	5.6	0.6	5.3	0.4	5.8	0.4	6.5	0.2
	Formación	4.5	0.6	4.3	0.2	4.9	0.4	5.5	0.3
	Retribución	4.2	0.6	3.8	0.6	5.1	0.4	5.8	0.4
	Medios técnicos	4.7	0.4	4.8	0.4	5.5	0.5	5.9	0.4
	Ambiente	5.5	0.4	5.7	0.4	6.4	0.4	7.0	0.3
	Comunicación	4.4	0.6	4.4	0.4	4.8	0.4	5.5	0.3
	Dirección	4.9	0.5	4.7	0.3	5.3	0.3	6.3	0.3
	Política	3.8	0.8	4.1	0.5	4.8	0.3	5.4	0.3
Oro o plata	Seguridad	4.8	0.4	4.8	0.6	5.0	0.4	5.8	0.3
	Condiciones laborales	5.6	0.8	5.6	0.5	6.0	0.4	6.7	0.3
	Formación	4.9	0.7	5.0	0.4	5.2	0.4	5.8	0.4
	Retribución	4.1	0.4	4.2	0.6	5.3	0.4	5.9	0.3
	Medios técnicos	5.3	0.1	5.2	0.4	5.7	0.4	6.2	0.5
	Ambiente	5.6	0.3	5.9	0.5	6.5	0.3	7.1	0.2
	Comunicación	4.8	0.6	5.1	0.5	5.2	0.4	5.8	0.3
	Dirección	5.2	0.5	5.4	0.4	5.6	0.4	6.5	0.3
	Política	4.2	1.0	4.8	0.5	5.1	0.5	5.7	0.5

En las 9 áreas la puntuación media fue superior en el grupo de las organizaciones con Q para todos los ciclos, excepto la dimensión «retribución» en el ciclo 2001-2003. Se observa un incremento global de la satisfacción a lo largo de los diferentes ciclos, siendo el objeto del análisis no el incremento en sí mismo, sino la diferencia existente entre la valoración en los grupos sin Q y con Q.

En la **tabla 12** se recogen los p valores correspondientes al análisis comparativo entre organizaciones con algún tipo de Q (plata u oro) y organizaciones sin Q para cada ciclo de medición.

Tabla 12. Comparación de medias (p valores), organizaciones con algún tipo de Q vs organizaciones sin Q

Dimensión/Ciclo	2001-2003	2004-2006	2007-2008	2009-2010
Seguridad	0.14	0.002	0.21	0.41
Condiciones laborales	0.44	0.055	0.075	0.081
Formación	0.52	<0.001	0.032	0.033
Retribución	0.63	0.065	0.087	0.18
Medios técnicos	0.007	0.019	0.23	0.044
Ambiente	0.41	0.081	0.099	0.073
Comunicación	0.14	<0.001	0.008	0.033
Dirección	0.16	<0.001	0.052	0.067
Política	0.17	0.001	0.063	0.044

Las casillas donde se han resaltado los p valores en azul oscuro corresponden a aquellos tests que han alcanzado la significación estadística. Por tanto, en el ciclo 2001-2003 para la dimensión «medios técnicos»; en el ciclo 2004-2006 «seguridad», «formación», «medios técnicos», «comunicación», «dirección» y «política»; en el ciclo 2007-2008 «formación» y «comunicación»; y en el ciclo 2009-2010 «formación», «medios técnicos», «comunicación» y «política» hubo evidencia suficiente como para asegurar a un nivel de confianza del 95% que la puntuación promedio del grupo de organizaciones con algún tipo de Q fue superior a la puntuación del grupo de organizaciones sin Q.

Se ha destacado con azul claro a aquellos tests que, sin haber alcanzado la significación estadística, se han quedado bastante cerca. Es decir, si el nivel de confianza se rebajase hasta el 90% se podría concluir que las puntuaciones del grupo de organizaciones con Q son mayores que las del grupo de organizaciones sin Q («condiciones laborales», «retribución» y «ambiente» en el ciclo 2004-2006; «condiciones laborales», «retribución», «ambiente», «dirección» y «política» en 2007-2008; y «condiciones laborales», «ambiente» y «dirección» en 2009-2010).

2. Comparaciones de organizaciones con Q de oro vs organizaciones sin Q

Como en el primer ciclo de medición tan solo había una organización que hubiera obtenido la Q-oro, no se han podido llevar a cabo las pruebas estadísticas para este ciclo.

En la **tabla 13** se recogen la media y desviación estándar según periodo establecido para las organizaciones con Q-oro y organizaciones sin Q.

Tabla 13. Medidas de tendencia central sobre 10, organizaciones con Q de oro vs organizaciones sin Q

Tipo Q	Dimensión	2004-2006		2007-2008		2009-2010	
		Media	SD	Media	SD	Media	SD
Ninguna	Seguridad	4.2	0.3	4.9	0.3	5.7	0.4
	Condiciones laborales	5.3	0.4	5.8	0.4	6.5	0.2
	Formación	4.3	0.2	4.9	0.4	5.5	0.3
	Retribución	3.8	0.6	5.1	0.4	5.8	0.4
	Medios técnicos	4.8	0.4	5.5	0.5	5.9	0.4
	Ambiente	5.7	0.4	6.4	0.4	7.0	0.3
	Comunicación	4.4	0.4	4.8	0.4	5.5	0.3
	Dirección	4.7	0.3	5.3	0.3	6.3	0.3
	Política	4.1	0.5	4.8	0.3	5.4	0.3
Oro	Seguridad	4.8	0.6	5.0	0.4	5.8	0.3
	Condiciones laborales	5.6	0.5	6.0	0.4	6.7	0.3
	Formación	5.0	0.4	5.2	0.4	5.8	0.4
	Retribución	4.2	0.6	5.3	0.4	5.9	0.3
	Medios técnicos	5.2	0.4	5.7	0.4	6.2	0.5
	Ambiente	5.9	0.5	6.5	0.3	7.1	0.2
	Comunicación	5.1	0.5	5.2	0.4	5.8	0.3
	Dirección	5.4	0.4	5.6	0.4	6.5	0.3
	Política	4.8	0.5	5.1	0.5	5.7	0.5

En las 9 áreas comparadas, la puntuación media fue superior en el grupo de las organizaciones con Q para todos los ciclos.

En la siguiente tabla se recogen los p valores correspondientes al análisis comparativo entre organizaciones con Q-oro y organizaciones sin Q para cada ciclo de medición.

Tabla 14. Comparación de medias (p valores), organizaciones con Q de oro vs organizaciones sin Q

Dimensión/Ciclo	2004-2006	2007-2008	2009-2010
Seguridad	0.11	0.13	0.12
Condiciones laborales	0.36	0.044	0.054
Formación	<0.001	0.031	0.003
Retribución	0.45	0.34	0.19
Medios técnicos	0.14	0.38	0.029
Ambiente	0.21	0.22	0.11
Comunicación	0.005	0.01	0.015
Dirección	0.002	0.029	0.04
Política	0.027	0.016	0.013

El patrón fue mucho más claro cuando se compararon las organizaciones con Q-oro con las organizaciones sin ningún tipo de Q. Las variables referentes a «formación y desarrollo profesional»; «comunicación interna»; «estilo de dirección y organización del trabajo»; y «política y estrategia global» marcaron claramente la diferencia a la hora de hacer valoraciones acerca de la calidad por parte de los profesionales. Por el contrario, áreas como «condiciones de seguridad y salud laboral», «retribución» y «ambiente laboral» no obtuvieron distintos resultados en los grupos de organizaciones con Q-oro y sin Q.

4.1.3. Subcriterio 9a: Resultados Clave. Resultados estratégicos clave

En este apartado se presentan los principales resultados del análisis estadístico llevado a cabo para estudiar el impacto derivado de la utilización del modelo EFQM y sus herramientas/metodologías en ciertos resultados clave.

Como el número de comarcas de Atención Primaria y el número de Hospitales de Media y Larga estancia o de Salud Mental era demasiado reducido como para poder aplicar las técnicas estadísticas, éstos no se analizaron.

Luego, el análisis se centró en los Hospitales de Agudos para cada uno de los cuatro ciclos de medición (2001-2003, 2004-2006, 2007-2008, 2009-2010).

A continuación, se muestra el tamaño de los grupos para cada uno de los ciclos:

Tabla 15. **Tamaño de los grupos (Subcriterio 9a Resultados clave)**

Tipo de Q	2001-2003	2004-2006	2007-2008	2009-2010
Organización sin Q	8	6	4	4
Organización con alguna Q	3	5	7	7
Organización con Q de oro	2	2	2	3
TOTAL (a)	11	11	11	11

Se puede observar que se obtuvieron datos de 11 Hospitales de Agudos así que cuando se hace la separación de hospitales con Q-plata vs. sin Q, los grupos resultantes son pequeños aunque permitieron el análisis estadístico. Sin embargo, cuando se hace Q-oro vs sin Q no sucedió lo mismo. En los tres primeros ciclos de medición solamente hubo 2 organizaciones con Q-oro por lo que el análisis comparativo entre organizaciones sin Q y con Q de oro no fue viable.

Por tanto, para este subcriterio solamente se ha realizado la comparación entre Hospitales de Agudos con alguna Q (Q-oro o Q-plata) y Hospitales de Agudos sin reconocimiento Q.

En la tabla 16, se recogen los p valores correspondientes al análisis comparativo para cada ciclo de medición y dimensión evaluada. La casilla en azul oscuro indica que los tests de comparación de medias han dado resultados estadísticamente significativos, es decir, que el p-valor del contraste de hipótesis ha sido menor que 0.05. Las casillas en azul claro corresponden a aquellos tests que, sin haber alcanzado la significación estadística, se han quedado bastante cerca (p valor entre 0.05 y 0.10). Y quedan en color blanco, aquellos cuyo p-valor fue mayor que 0.10 y por tanto no alcanzaron la significación estadística. Para las casillas que aparecen sin datos no se pudieron obtener los datos correspondientes.

El ítem de «% de cancelaciones del centro» en el ciclo 2004-2006 resultó estadísticamente significativo a favor de las organizaciones con Q. La «demora media quirúrgica» en los dos últimos ciclos, «demora me-

«% de cancelaciones debidas al centro» y «rendimientos de quirófano» en el ciclo 2007-2008 estuvieron cerca de ser estadísticamente significativos con p valores entre 0,05 y 0,1.

Tabla 16. Comparación de medias (p valores), organizaciones con algún tipo de Q vs organizaciones sin Q

Dimensión/Ciclo	2001-2003	2004-2006	2007-2008	2009-2010
Demora media quirúrgica	0.12	0.13	0.07	0.06
Demora media consultas externas	0.39	0.28	0.06	0.44
% cancelaciones por el paciente	0.39	0.21	0.34	
% cancelaciones por el centro	0.23	0.023	0.058	
Ratio sucesivas/primeras	0.47	0.46	0.16	0.12
Cirugía mayor ambulatoria	0.41	0.27	0.46	0.30
Estancia media preoperatoria	0.13	0.26	0.47	
Reingreso 30 días	0.43	0.27	0.13	0.24
Rendimiento quirófanos	0.40	0.25	0.07	

4.2. RESULTADOS CUALITATIVOS

En primer lugar se presentan los resultados obtenidos en cada uno de los grupos de discusión, a modo de esquema e indicando las palabras clave de cada uno de ellos. A continuación, se presenta un análisis de fortalezas y debilidades extraídas del análisis de todos los grupos, clasificadas en dos áreas: cultural y organizativa. Cada uno de los diferentes grupos responde al objeto de la investigación, presentado a todos ellos con un guion similar, construyendo un discurso característico que está determinado por su particular espacio de influencia. Esta especificidad que luego se diluye en torno al consenso de los núcleos de significado es interesante recogerla como aporte diferenciado y también como guía de cuáles pueden ser las claves de entendimiento de los diferentes colectivos y sus diferentes estrategias de afrontamiento de un mismo fenómeno: la utilidad de los modelos de calidad total dentro de las organizaciones del servicio de Osakidetza.

4.2.1. Tesis grupales por grupos de discusión:

a) Grupo directivos

Palabras clave: Optimismo institucional

- La perspectiva directiva aporta dos elementos claves: la percepción de utilidad del modelo EFQM como herramienta de gestión y un posicionamiento optimista y proactivo respecto a las posibilidades del mismo.
- Hay críticas de fondo al modelo que genera dudas sobre su efectividad y también sobre aspectos formales del mismo como las dificultades de comprensión del lenguaje EFQM y el sesgo de los evaluadores externos que implican que su implantación sea dificultosa y generadora de resistencia en las personas de la organización.
- Como factores de mejora que el Modelo EFQM introduce en la organización, están la Gestión por Procesos y el dotar de coherencia interna a la planificación de recursos y la gestión de los mismos.
- La revalidación de los criterios de calidad periódicamente, tal y como postula la certificación ISO, aparece como una necesidad sentida desde las organizaciones.

b) Grupo directivos y mandos intermedios

Palabras clave: Confluencia cultural

- El establecimiento de la cultura, puente de la gestión clínica, está en el centro de los planteamientos estratégicos de las organizaciones y el modelo de calidad dota de herramientas para la misma. Se postulan dos condiciones para su factibilidad: el conocimiento y convencimiento suficiente de los clínicos y un liderazgo potente.
- Se considera que las distintas corrientes del despliegue de la calidad en las organizaciones podrían no estar suficientemente representadas por el «Corsé del EFQM» y se hace hincapié en que los ritmos de la EFQM se adecuan a la obtención de reconocimiento externo.
- Hay elementos casi estructurales y debilitadores de un planteamiento de gestión clínica: la negativa de colectivos de clínicos y líderes a gestionar de acuerdo a criterios de calidad total y la falta de incentivos para impulsar y motivar en el cambio de paradigma.
- Se plantea proactivamente la utilización no complaciente de algunos indicadores centrales del sistema de calidad como la satisfacción del paciente.

c) Grupo mandos intermedios

Palabras clave: Pragmatismo crítico

- El núcleo de las cuestiones tratadas tiene que ver con un enfoque asistencial directo y orientado al usuario y menos con un enfoque de gestión de recursos.
- Hay una diferencia organizativa nuclear entre las culturas clínicas y asistenciales de Atención Hospitalaria (Jefes de Servicio) y Atención Primaria (JUAPS) que tiene que ver con aspectos como el empoderamiento y la capacidad de reconocimiento de la que derivan distintas posibilidades en la implantación de los modelos de calidad.
- Hay un alineamiento a favor de los modelos de calidad orientados a procesos concretos (Norma ISO) en contraposición a modelos de Calidad Total (EFQM). Este posicionamiento se hace en base a criterios de efectividad (resultados).
- La comunicación de la utilidad de los modelos de calidad es percibida como un hándicap fundamental, tanto por su complejidad, como por la estabilidad de las condiciones laborales que desincentivan los cambios en el funcionamiento organizativo.

d) Grupo profesionales de base

Palabras clave: Liderazgo realista

- El liderazgo dentro de la organización aparece como un elemento rector en la implantación de los modelos de calidad. Este liderazgo debe estar dotado de dos elementos fundamentales: concordancia con el valor de orientación al paciente y empoderamiento efectivo.
- Percepción de incongruencias institucionales en la asignación de liderazgo (Liderazgo jerárquico vs. Liderazgo de procesos asistenciales) explicitada por la implantación de modelos de calidad.
- Relación escasa y distante con los modelos de Calidad Total con desconocimiento teórico y repercusión disonante (revisión del trabajo personal por agentes externos) sobre la actividad en los momentos críticos de la evaluación.
- Se detectan factores estructurales que impiden el desarrollo de los modelos de calidad: diferencia de procesos entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria o alta rotación de personal, además de otros factores formales como la complejidad del lenguaje de la calidad.

4.2.2. Análisis de fortalezas y debilidades

Las dos grandes áreas propuestas para la comprensión de los resultados (área cultural y área organizativa) de ningún modo constituyen compartimentos estancos, pues la interdependencia entre ellas es una característica estructural de los fenómenos complejos. Esta complejidad y las dificultades taxonómicas se aplican, con mayor énfasis aun, a la subdivisión en fortalezas y debilidades ya que los núcleos de significado en numerosas ocasiones compartirán ambos sentidos y actuarán de formas distintas según el contexto o el momento en el que se aplican. Se utiliza pues esta clasificación en aras de la claridad y de un mayor esfuerzo comprensivo del fenómeno, pero las lecturas pueden ser diversas y ni mucho menos agotan todos los niveles de comprensión.

4.2.2.1. Área cultural

Esta área recoge el posicionamiento de los colectivos y sus valores culturales predominantes, respecto a los valores adoptados programáticamente por las organizaciones y respecto a si mismos. Describe también los valores, positivos o negativos, que sustentan las actuaciones, iniciativas e inercias institucionales.

a) Fortalezas

La calidad es aceptada como una aportación positiva y estructuradora que aporta sentido a la organización *«el modelo tiene básicamente, yo suelo comentarlo, cuatro características: es integrador porque tiene en cuenta todos los puntos de interés; es sostenible porque además si no los tienes en cuenta tú como organización, como corporación, como taller, como ikastola como banco, pues es difícilmente manejable; es ético, los mismos motivos, yo creo que se abre a todos los grupos de interés y los tiene en cuenta y además te comprometes con ellos para trabajar; y hay un apelativo que solemos utilizar mucho en la Comarca, que es civilizador, es decir, tiene en cuenta lo que opinan los demás, es decir, es lo contrario de lo bárbaro»; «yo sí creo que en el hospital hemos conseguido que haya un proceso único y bueno para cada paciente, que pueda ser asumido por cualquier persona, es decir, que aquello que hace uno lo pueda hacer otro trasladado, que eso también es importante ¿no? que ordena las maneras de hacer, que se ha rescatado la voz del paciente lo cual es vital y fundamental en el género mental, y sobre todo en la gravedad, «la voz de la familia»; «me gusta y me aporta muchas cosas positivas... también me ha servido mucho en cuanto a relación con los agentes externos a los centros de salud. En ese sentido nos ha obligado a trabajar mucho con ellos con nuestros grupos de interés, no solamente con las personas y con los clientes sino con todo lo que hay alrededor de un centro de atención primaria y nos ha espoleado.»; «las reuniones que tenemos dentro de los servicios y que nos presentan misión, visión, valores, oye, pues la gente lo acepta, la gente lo lee, la gente pregunta, participa, luego, vamos consiguiendo algo».*

La adopción del modelo EFQM tiene en la elaboración de la memoria y en la autoevaluación un espacio privilegiado de reflexión y actualización *«No si eso, es que quieras que no, con la excusa o con la zanahoria que supone el premio y con el tener que hacer la memoria eso te obliga pues para cuadrar cosas que tienen que ir en la memoria, aunque sea para guardar las apariencias y para que figure en la memoria, pero lo haces. Eso es evidente que eso es una mejora»; «evaluación externa te obliga a tener que mantener los procesos, a tener planes estratégicos, planes de gestión, a pararte a pensar un poco, porque si no el día a día no te deja parar a pensar, y una evaluación externa te obliga»; «el modelo me parece que como marco filosófico es muy bueno y que de hecho el realizar autoevaluaciones hace que vuelvas otra vez a ponerte las pilas» pero sin perder de vista que el objetivo final es la mejora de la organización; «pierdes un poco el horizonte de que el objetivo sea el logro de la Q, cuando no es eso, no debería serlo nunca.»; «plan de gestión anual que se ha ido enriqueciendo con la metodología del modelo porque nos ha ido fijando objetivos da el salto cuantitativo sino ya cualitativos y más ambiciosos de acuerdo con los criterios.» No obstante los reconocimientos sirven también para estimular la sensación de per-*

tenencia y el orgullo «Porque no tiene que ser el objetivo, que es lo que hemos comentado antes. Yo creo que al final la Q de plata es un reconocimiento a los trabajadores que han participado en un trabajado en equipo y que necesitan sentirse orgullosos de haberlo hecho»; «sintámonos también orgullosos de lo conseguido, hasta donde hayamos llegado»; «Yo creo que por último y, y termino, sí que creo que al final, como decís, también no sé si tomando copas o no tomando copas sí ha habido un sentimiento de orgullo cuando se ha conseguido reconocimiento y sí ha habido una línea general y la gente sí que ha podido servir»; «debería ser un orgullo si tú has hecho las cosas bien pues que te lo reconozcan. Es como la medalla de oro en las olimpiadas, igual. Sí».

La necesidad de que haya un conocimiento del modelo y sus posibilidades es una constante necesaria para la comprensión de lo que se está haciendo dentro de la organización «a lo mejor no puedes conseguir implicar en el conocimiento y que todos los clínicos sean evaluadores, pero por lo menos lo que sí puedes conseguir es que los clínicos (...) ahora pueden ver que con una metodología bueno pues se pueden buscar soluciones a problemas del día a día que antes te quitaban un montón de tiempo.»; «la gente ha visto o quizá sobre todo la parte de la participación en la gestión, sí que ha habido ahí un incremento el conocimiento de objetivos de la organización»; «la gente quiere conocer, quiere saber qué es eso, qué es eso de calidad, qué nos puede aportar en el día a día, ¿hay novedades? ¿Podemos trabajar mejor? ¿Podemos trabajar en mejores equipo en los que interaccionemos todos? ... Algo he oído de que ya no va a ser todo un proceso jerárquico vertical, sino que parece que nos hablan de transversalidad, ¿esto me va a dar como base opción a un acercamiento mejor a mis jefes? ¿Voy a tener mayor diálogo con ellos? ¿Me van a escuchar mejor? ¿Me van a entender y puedo aportar algo a mi trabajo, a mi organización? Bajo ese punto de vista yo creo que el modelo sí ha aportado algo».

El aumento de la accesibilidad dentro de las organizaciones se percibe como un efecto de la implantación de modelos de calidad «Ha mejorado en nuestras encuestas a los clientes internos, a los trabajadores en cuanto a mayor accesibilidad y mayor posibilidad de formación continuada, son dos puntos fuertes.» **Esa accesibilidad es mayor en función del tipo de organización y las características personales de los líderes.** «Pero yo sí que creo que ha introducido en los directivos esa sensación de que tengo que ser accesible ¿no? Incluso los más herméticos han tenido que hacer el esfuerzo y ser más accesibles»; «yo es que trabajando en un hospital pequeño es difícil no conocerte y no esto. Entonces accesibilidad toda, pero me imagino que en un Cruces por ejemplo que se lo preguntes a una enfermera que trabaje en una planta no sé yo si tendrá mucha accesibilidad a ningún jefe más que a sus directos. Eso suele depender mucho de cada centro».

b) Debilidades

Existe la percepción de que la evaluación externa, en base a una memoria, no siempre acierta con las claves de la organización «la crítica que hago yo es que la evaluación externa es de nivel medio-bajo, bajo mi punto de vista» y que, además, **el objetivo de los modelos de calidad es obtener una certificación externa**, «que da la impresión o puede dar la impresión que quizás al ser un montón de hospitales, organizaciones que estamos en la historia ésta, pues se puede llegar a pensar que quizás hay una especie de pique entre hospitales con el tema de yo tengo Q de plata y yo tengo de oro ¿no? y eso visto desde el trabajador medio pues al final se convierte o se puede ver como que el director gerente de turno se quiere poner la medalla de que mientras que estuve yo mi hospital consiguió la Q correspondiente.» **Unido a la percepción de que el mantenimiento de la calidad no está asegurada por los reconocimientos**; «que se consiga si se consigue la Q de oro, de plata, de lo que sea pero que luego no se quede sólo en un título ¿no? Ni en un papel, una memoria escrita ni nada, sino que realmente se vea en el día a día. Qué bueno, esperemos que pase así.»; «el objetivo es tener una Q de plata o de oro o de lo que sea, pero una vez que tienes la Q digamos que ya te puedes relajar. El tercero es que yo no veo muy claro en algunos aspectos que porque tengas una Q de plata o de oro esté garantizada la calidad de muchos aspectos».

El despliegue del conocimiento de EFQM en las organizaciones no es regular sino que muy concentrado en los niveles altos de gestión y difuso en la base «No tanto de los grandes esquemas, sino de qué supone, qué aporta, ... como trabajador no tendría yo creo que tanta información. La tengo pues porque es circunstancia personal ¿no? Pero probablemente a nivel trabajador normal de esta empresa yo creo que los conocimientos serían muy, muy amplios y muy ambiguos y muy etéreos.»; «Los jefes de servicio funcionan con más conocimiento del modelo a través de la dirección. Entonces nosotros nos acercamos más a los jefes, tenemos muchas más reuniones, yo nunca he conocido tantísimas reuniones como ahora que tenemos cuatro semanales» **además hay una visión en ocasiones paternalista sobre la necesidad de este conocimiento desde los niveles de alta gestión** «Preocuparnos porque unos participen, el quince por ciento de la gente o el cuarenta y dos por ciento, bueno, bien si es el cuarenta y dos, pero no me preocuparía mucho si las cosas van bien, si consigo que la gente cambie su mentalidad, plantear unos objetivos de manera adecuada y participen en esos objetivos mucha gente, no necesariamente en el conocimiento del modelo que, pues estará bien pero es cultura general»; «O sea no que conozcan el modelo pero que sepan que se ha apostado por la calidad porque eso va a producir unas ventajas X».

La calidad es percibida en ocasiones de forma negativa y prejuiciada «Es curioso que en un hospital un poco agreste en contra del modelo (...) simplemente la palabra «calidad» y la gente es poco receptiva. Hablas de seguridad clínica y coño todo el mundo pone la oreja y entiende que es un compromiso ¿no?»; «por mucho que nos empeñemos clínicos implicados en cualquier modelo de gestión, en cualquier modelo de calidad, van a ser contados con los dedos de una mano o de dos. O sea, así de sencillo. Y mientras no cambie el sistema de formación de los facultativos, que sólo se dedican al fonendo, a la técnica y al no sé cómo, que no miran a otra cosa, ni siquiera costes. Ya no es que estemos hablando de calidad, es que no miran nada. Mientras no hagamos un cambio en la formación de los facultativos, en las enfermeras y de otro personal no vamos a tener ni siquiera nivel de acercamiento a los modelos de gestión o de calidad pero en muchos años»; «descubro que la comunicación humana es muy difícil porque si tú ya de antemano algo te la refanfinfla o tú ya tienes una idea o no te interesa escuchar lo que te van a contar, tú le puedes decir misa.» **y sus herramientas se perciben como excesivamente públicas no respetando el anonimato** «Tienen una herramienta (...) hacen todos los años una evaluación trescientos sesenta grados, que tiene huevos. Y a mí una vez, es aleatorio pero me llegó un correo, dice: «Pinche aquí evalúe, tal, es anónimo» Sí, un huevo (risas), me lo creo y tal y sí, sí, a mí me tocó evaluar a mi jefe».

La satisfacción del usuario es un constructo complejo relacionado con muchos factores además de las mejoras que aportan los modelos de calidad «La satisfacción del usuario la verdad es que como es tan alta ya a veces las diferencias son pequeñas, porque las encuestas de satisfacción hay pequeñas diferencias entre, por eso quizá la herramienta no mida, pero los resultados asistenciales sí.»; «buscar alternativas a las encuestas de satisfacción tanto de clientes como de personas en el sentido de llegar a conocer realmente otras expectativas de ambos grupos de interés. Lo tenemos metido siempre y de verdad que no se ha avanzado.»; «ni siquiera los resultados en satisfacción de pacientes si son directamente proporcionales. Yo creo que no hay ningún estudio que diga que el hecho de mejorar en la ISO o en la EFQM se trascienda.»

Dentro de la accesibilidad a los líderes aparece el técnico de calidad como intermediario no siempre deseado en esa comunicación «Y por ejemplo en nuestro hospital sí que han delegado los líderes y se ha creado una figura (...) es el responsable de calidad de un área determinada».

4.2.2.2. Área organizativa

Este área agrupa los núcleos de significado que se relacionan con la influencia de las políticas de calidad en el funcionamiento organizativo a todos los niveles, tanto en su relación con otras organizaciones como a un nivel interno en su funcionamiento y procedimientos.

a) Fortalezas

Las políticas de calidad se orientan, con un criterio de efectividad, hacia los resultados de las organizaciones «Aquellas unidades que han llegado a un grado de desarrollo y de implantación y de integración del modelo tienen mejores resultados. Claro, quizá sea porque también antes a lo mejor, no lo sé, tenían una madurez que ha hecho que pudieran asimilar el modelo, puede ser, pero tienen mejores resultados asistenciales, que es lo que podemos medir nosotros, de los indicadores que tenemos de Contrato Programa, de atención al diabético, al hipertenso, al crónico, a la EPOC, a no sé qué. Esos son mejores.»; «Lo que sí es cierto es que hemos mejorado muchísimo en los resultados porque los seguimos teniendo en cuenta.»; «Ellos no saben que eso es el EFQM, pero sí lo notan porque tienen objetivos, el despliegue de la estrategia en sus contratos de gestión clínica y además lo figura así en la primera página; y tienen que cumplir unos objetivos bueno, entre comillas, deben de cumplir unos objetivos y obtienen unos resultados que son públicos, y los ven.» **Dentro de una evaluación continua y periódica** «entonces yo sí que creo que es necesario una evaluación externa, no sé si anual, igual anual es excesiva, pero periódica.»; «hay que revalidar cada año el EFQM no se revalida y eso es en mi opinión un fallo del sistema EFQM».

La metodología propuesta por la norma ISO es en general muy aceptada y preferida en el nivel más cercano a la asistencia «introducir el ISO a nivel de todos los servicios, incluso hacer la certificación ISO de manera global. Pues como herramienta que todos entremos en el tema ISO, pues ahí está. Y a nivel de un servicio como puede ser el mío pues herramientas que utilizo pues al margen de las habituales clínicas del día a día de gestión, dentro del tema ISO que también tenemos nosotros la certificación, es el trabajar con indicadores. Con indicadores, no los clásicos indicadores que no te vienen dados, sino indicadores que tú mismo has determinado y que son representativos de lo que haces, hacemos un seguimiento mensual de indicadores con reuniones mensuales sólo para hablar del sistema de gestión para analizar las desviaciones que tenemos de indicadores clave, etcétera.»; «ISOs me parece que te da una metodología que te ayuda en el día a día, que realmente sí te garantiza una calidad en lo que haces y que además tienes que revalidarlo cada año.»; «la ISO, de un lenguaje un poco común que me facilita a mi desde las reuniones de equipo hasta hablar con la gente del equipo, poder hablar más o menos todos en el mismo lenguaje. En ese sentido yo creo que facilita. El tema de que por fin los procesos estén unificados y la gestión por procesos que ya, aunque utilizábamos la ISO, que es cierto lo que tú dices que como hay que certificarse cada año y tal es, es un continuo mucho mejor digamos que el modelo EFQM.»; «pienso que la ISO ha sido para la atención primaria fantástica. Y creo que nos ha puesto muy bien qué es lo que tenemos que hacer, cuál son nuestros objetivos y eso ha tenido un valor muy importante.» **Además de reconocer el progresivo acercamiento de los enfoques de calidad** «que hemos tenido dificultades ha sido muchas veces para resolver la interfase entre la ISO y la EFQM, es decir, que haya una continuidad ¿no? Que hubiera ahí un... Y, se ha facilitado porque la ISO ha evolucionado a la EFQM, al principio eran más diferentes, había más diferencias, pero la evolución de la ISO ha sido hacia la EFQM, entonces nos ha facilitado mucho.»; «Pero ahora la ISO yo creo que es también una pequeña EFQM».

La coordinación entre atención primaria y asistencia hospitalaria se ha incrementado con la puesta en marcha de políticas de calidad «tu grupo de trabajo organizado según la vía de modelo EFQM o la que sea, gestión por procesos tal, tal, tal. Ahí lógicamente el especialista al cual los médicos de medicina de familia y de pediatría general tienen que acceder con relativa frecuencia cómo está integrado o ese contacto, esas alianzas, vamos a decirlo de alguna forma.»; «Cada centro es diferente pero quizás yo creo que el gran reto de primaria es mejorar la coordinación con la hospitalaria, que es algo que venimos pidiendo desde hace mucho tiempo. Entonces yo creo que la atención está parcelada a muchos niveles ¿no? Los especialistas trabajan en sus consultas, nosotros en la nuestra y yo creo que estamos condenados a entendernos y es que además queremos que exista esa relación y que nos pongamos de acuerdo a la hora de, de decir»; «Hay que conseguir integrar los procesos. Yo lo que estoy intentando hacer es integrar el proceso de asma, precisamente, es decir, de eso se trata el trabajo. Pero sí que hay poca integración y eso que está previsto que los procesos se integren, el hospital-primaria, quiero decir que el sistema, el EFQM permite ha-

cer eso.»; «Sí, pero eso, eso es una de las misiones y una de las finalidades del modelo: el integrar todos esos procesos, y que funcione, lo que comentábamos al principio como si fuese un reloj de suizo, con sus engranajes pin-pin-pin y en el momento que vemos que chirría y que algo falla ahí tiene que haber alguien que esté viendo esa situación. Entonces cuantificarlo y decir aquí tienes, estamos cometiendo este error y esto es lo que hay que corregir. Y en esa vía pues poco a poco en esa dinámica ir mejorando», **este proceso se ve paralelo con el proceso del empoderamiento de los liderazgos en niveles intermedios** «se va a necesitar alguien que lidere ese proceso de confluencia. Es que, si no, no hay otra forma. Y yo creo que, si no, no hay futuro, no hay futuro a esos procesos totalmente establecidos y reglamentados pero que están aislados, o sea que funcionan de manera aislada, aislada y sin interconexión. Entonces mmm esa necesidad y no sé si está previsto.»; «Quizás el liderazgo, lo que tú has dicho, para mí no es lo más importante, pero un liderazgo estable y comprometido con el modelo.»; «el famoso tema de la gestión clínica, yo soy de los que sigue creyendo en ella pero a mí en este momento creo que hay que liderarlo, es decir, el proceso asistencial necesita de muchos estamentos, pero también tenemos claro qué es lo que hay que hacer. Y a mí cuando, entre que un clínico me ajuste lo que aplica al ciudadano, al paciente de acuerdo con lo que se dice la buena práctica clínica, yo creo que está gestionando».

Las herramientas que aportan los sistemas de calidad son útiles en varios niveles: con el usuario «Creo que ha servido mucho a nivel de los criterios seis de satisfacción del cliente y que realmente la gente sepa de qué estamos hablando con todas las cifras que luego van derivando de las encuestas de satisfacción de clientes, pues que teníamos en revisión en el sentido de decir si ya nos aportaba o no nos aportaba una vez que se llegaba a niveles pues digamos razonables de satisfacción»; «Las encuestas de satisfacción han sido, bueno, han sido muy buenas». **Para la gestión** «tenemos dos herramientas de gestión de la calidad que son la EFQM como herramienta global de Comarca y la ISO 9001, como herramienta de Unidad de Atención Primaria»; «Ahora, yo en este momento no puedo trabajar sin equipos de mejora, sin equipos de participación, no puedo trabajar en la Comarca sin desarrollos de gestión del conocimiento, no puedo trabajar ni puedo cuestionar de qué tipo o con qué contenido han de ser las encuestas, o con qué periodicidad, o qué dimensiones han de tener, o de qué fórmula tiene que ser el liderazgo. No puedo trabajar sin revisiones cuatrimestrales o sin cuadros de mando, sin un montón de fortalezas que tiene el tema» **y algunas especialmente valoradas** «Bueno en mi caso yo lo que he comprobado es la autoevaluación, nos ha aportado mucho porque hace que seamos críticos con nosotros mismos, hace que mejoremos, que cambiemos mm la forma de hacer las cosas. Para mí ha sido muy importante eso, por lo menos, y sobre todo el que el personal lo acepte, la autoevaluación»; «ISOs y sobretodo la evaluación de los indicadores y resultados y un registro que, de alguna forma nos recomendó uno de los auditores para valorar los resultados negativos de los indicadores. Es una de las cosas que nos ha aportado últimamente ¿no? para ver viendo qué resultados vamos teniendo y cómo mejoramos».

b) Debilidades

El esfuerzo que supone, en todos los niveles de la organización la implantación de los sistemas de calidad es considerable «llegar ahí también supone un esfuerzo al hospital y supone un esfuerzo a los gestores de la organización para poder llegar a eso»; «A saber cuánto ha supuesto de esfuerzo y de horas de fuera del horario laboral la implantación en los servicios en los que o las áreas en las que se ha implantado, la implantación real y efectiva del modelo EFQM porque la idea o lo que se siente es que la gente ha trabajado cuando ha querido implantarlo mucho fuera de su horario laboral»; «a lo que esto supone un esfuerzo importante por parte de la gente ¿no?. Entonces, cómo se compensa o cómo se valora eso»; «el EFQM ha aportado pero ya he expresado antes mis dudas: no sé si para el esfuerzo que nos ha supuesto ha aportado» **siendo especialmente intenso en el caso de la redacción de la memoria para la evaluación externa** «Has hecho un esfuerzo enorme, si no eres capaz de mantenerlo y de alguna manera de expandirlo a todos los líderes, que luego ellos tienen la responsabilidad del resto, se va cayendo»; «este modelo que exige una tensión importante, un esfuerzo absolutamente desproporcionado para algunas de las organizaciones».

El conocimiento del modelo como factor de motivación y la comunicación del mismo aparecen como un factor importante pero complejo y poco resuelto «Las dificultades estructurales de los hospitales grandes y medianos o lo que sea siempre lo son, pero la diseminación que tienen los centros de salud en las Comarcas, cada uno tiene sus dificultades. Por eso yo creo que depende mucho de liderazgo y además de creérselo y ejercerlo y de ser ejemplarizante con el tema, y de comunicación, comunicación interna»; «la comunicación es fácil de decirlo y difícil de llevarla a cabo porque es muy pesada en ese sentido, o gravosa, que te exige mucho el estar comunicando y comunicante con la gente. Y cuando fallas por ahí ya se te va diluyendo todo. A los dos meses de no comunicarte con la gente ya no saben de casi nada, creen que ya no pintan nada o ya no hay el reconocimiento que esperan o no hay... la gente...»; «Los grupos de comunicación interna quizá eso sí que sea de abajo para arriba, pues, y haya muchas sugerencias y tal. Pero dentro de un mismo servicio, pues bueno, tanto supervisor como jefe de servicio, las puertas siempre están abiertas, pero informalmente, no hay un protocolo, entonces cuando hay algún cambio sí el jefe de servicio, el supervisor o quien sea, sí que se nos explica, pero a hechos consumados»; «No entendía muy bien el lenguaje, como habéis comentado, no había una sensación de responsabilidad de «Este proceso es mío y yo qué sé qué voy a hacer con él, además yo soy médico, yo soy enfermera, no tengo ni idea de esto, lo voy a hacer mal» ¿no? y luego no entendíamos muy bien eso de, yo qué sé, el equipo de calidad o una actividad de mejora qué era eso ¿no? Yo creo que independientemente de que haya costado a la gente de base ¿no? yo creo que, bueno no sé, igual no es el sitio para defender a los mandos intermedios pero, o sea, los que lo hemos pasado mal hemos sido los mandos intermedios en esa época, porque tenemos que poner en marcha un sistema en que tenemos que aprender mucho y transmitir a la gente y a veces no es fácil». **A esa dificultad se suma el hándicap que supone el «argot» poco comprensible de la calidad** «informados deberían estar todos los estamentos, todos, cada uno a su nivel, quitándole mucho tecnicismo al lenguaje que se utilice sobre el tema, pero tratando de informarles, que la gente sabría qué es lo que se trata de hacer, qué beneficios se van a obtener con ello e implicar un poco a la gente porque si no es que la gente se queda ahí que no se entera del asunto»; «el saber explicar que eso es práctico para tu trabajo diario, que es útil el analizar cómo haces, para qué lo haces, cómo lo puedes mejorar, etcétera. Simplemente el reflexionar, poder reflexionar sobre eso, no se ha explicado que en tu trabajo diario puede ser útil»; «todo un lenguaje y todo un modelo que como no estés un poco refrescado es muy difícil, como tener un poco tu cabeza el decálogo de todo lo que supone el EFQM ¿no?»; «Pues probablemente no. Lo que sí yo creo que es que el famoso lenguaje ha sido realmente una de las barreras más terribles que ha tenido el modelo, pues porque ya cuando uno habla de ciertas palabras el que escucha ya se pone a la defensiva, porque yo creo que pocas veces algo tan interesante como es el modelo se ha vendido de una manera tan pésimamente vendida y porque se ha explicado con un lenguaje extraño y se ha explicado de arriba abajo, no se ha explicado entre pares». **Estos pueden ser algunos de los factores que explican el incompleto despliegue del modelo EFQM y su manejo reducido al nivel directivo** «cuando digo equipos digo hasta el gestor del proceso último; que hay que esforzarse más en el despliegue»; «que... que creo que para ese despliegue tampoco es que haya que gastar en grandes alharacas sino ser mucho más exigentes con el proceso de comunicación».

La coexistencia de modelos de liderazgo jerárquico propios de las organizaciones sanitarias clásicas con liderazgos de proceso se ven como un importante lastre «Lo que pasa que hay dos tipos de liderazgo, siempre que hablamos de liderazgo: uno es el liderazgo formal que todos entendemos, y luego están los líderes informales»; «Esos líderes que no tienen ningún cargo, que están pero que todo el mundo pues dicen: «A ver ¿quién ha sido?» Todo el mundo le miran a ver qué hace. Si se levanta se levantan todos y si el otro hace así no se levanta ni Dios. A esos hay que mimarlos especialmente, primero detectarlos y luego mimarlos»; «lo que no puedes es obviarlos. Siempre hay gente que es un referente ¿no? Porque lleva muchos años, porque tiene una personalidad clara, porque conoce o tiene sabiduría o... por lo que sea, porque esto siempre ha existido. ¿En el fútbol de qué hablamos? El vestuario. Joder. Pues en el vestuario hay muchos rollos, jeje ¿no? Pues ese que no es el entrenador ni el presidente del club, ni nada, pero a veces el equipo va mal porque hay dos líderes en el vestuario que están cabreados»; «Si ese líder que se supone que

es el que tiene que hacer esas cosas no lo hace, no llega a sus trabajadores pues entonces se queda ahí en el aire la mitad del personal ¿no?»; «los líderes, en la mayoría, somos personas de a pie, o sea, de alguna manera a los que nos convocan a participar en el proceso macro de hospitalización en el de consultas, en cómo hemos conseguido los hamarrekos, que somos gente, pues bueno, que hacemos guardia, que pasamos visita, que estamos metidos en no sé qué. Somos los que decimos qué hay que se puede mejorar, cómo hacerlo, tal. Y los jefes de servicio no están en absoluto implicados. No sólo eso, sino que a veces cuando se presentan los resultados de todo un proceso de trabajo, de un grupo de trabajo que lleva un año o X tiempo trabajando, de manera que el jefe siente como que alguien ha tomado las decisiones por él, como que alguien se ha metido y ahí.» **A esta cuestión se suma el perfil distinto de ocupación y estilo en Atención Primaria y asistencia hospitalaria** «Yo en el hospital no sé qué es lo que pasa. Luego un jefe de servicio, que suele ser el que lidera los procesos en el hospital es que sólo hace eso, no hace asistencia habitualmente yo creo. Pero en el centro de salud el jefe de unidad hace asistencia en casi todos. Y es una sobrecarga muy importante».

4.2.3. Núcleos de significado

Los distintos discursos de los grupos en torno al objeto de investigación, reflejan una tensión dialéctica considerable, sustanciada en ocasiones en contradicciones o percepciones opuestas de un mismo fenómeno, pero cuajan un discurso articulado en torno a ideas fuerza que articulan los aspectos cualitativamente relevantes por su frecuencia e intensidad. Este discurso, producto del consenso y del disenso, se sintetiza en una serie de núcleos de significado consistentes y que abundan en una misma intención y sistema de valores presidido por la orientación hacia las necesidades del paciente.

- Los modelos de calidad aportan misión, visión y valores a todas las acciones y en todos los niveles de la organización.
- Las políticas de calidad deberían ser finalistas, efectivas y orientadas a resultados.
- El despliegue del modelo EFQM se percibe como incompleto y afectando sólo a nivel directivo, siendo significativamente escaso en la base de las organizaciones.
- La implantación de la calidad supone un esfuerzo suplementario muy importante en todos los niveles de la organización.
- El encaje de las políticas de calidad en las organizaciones choca con estructuras prejuiciadas (a favor o en contra) sin un verdadero análisis.
- El conocimiento del modelo EFQM se distribuye de forma irregular en las organizaciones.
- Se constata desde todos los niveles de la organización, una necesidad proactiva de conocimiento del modelo EFQM, como motivación para establecer relaciones causa efecto con las mejoras propuestas y su identificación con el modelo.
- Hay una visión paternalista y exclusiva desde el liderazgo organizativo acerca de la necesidad de conocimiento del modelo EFQM.
- El objetivo de todo el esfuerzo que supone la implementación de las políticas de calidad es la mejora de la organización.
- La memoria EFQM aparece como un ejercicio necesario de reflexión.
- La redacción de la memoria y la evaluación externa de EFQM es una actividad extra que supone un esfuerzo muy importante, sobre todo en el nivel directivo y de mandos intermedios.
- El contenido de la memoria realizada para la evaluación externa no siempre se corresponde con la percepción de la organización, con lo que la evaluación externa puede ser errónea o sesgada.
- La obtención de reconocimiento externo es percibida como una perversión de los objetivos de la organización.

- Los logros de la organización, relacionados con el reconocimiento y calidad, son vividos con protagonismo, orgullo y sensación de pertenencia.
- El mantenimiento de la calidad en la organización no está asegurada con la obtención de reconocimiento externo.
- Se valora la evaluación continua y la revisión anual de los modelos de calidad como factor de éxito.
- La motivación, a través de la comunicación del modelo, es difícil, compleja y frecuentemente auto limitada al tiempo de la evaluación sin asentar nuevas formas organizativas.
- El lenguaje propio «Argot» de los modelos de calidad supone un hándicap importante en la comunicación sobre todo a nivel de base donde a la incomprensión se suma la percepción de exclusión.
- Existe la percepción de que los enfoques de calidad (EFQM, ISO...) son progresivamente convergentes en su conceptualización y formulación.
- Los enfoques de calidad orientados a procesos (ISO) son más cercanos al tejido asistencial por su concreción, comprensión e inmediatez de resultados, especialmente en Atención Primaria.
- Los diferentes enfoques en calidad explicitan diferencias organizativas y estructurales entre Atención Primaria y Asistencia Hospitalaria.
- Los modelos de calidad favorecen la coordinación Atención Primaria/Atención Hospitalaria y entre Servicios, lo que redundará en mejoras en la atención al paciente.
- No hay una base general estable para elaborar la satisfacción del usuario que se obtiene de una diversidad de factores, unos sensibles las políticas de calidad y otros más estructurales.
- Las herramientas orientadas al paciente (encuestas...) aportan nueva información de mejora que redundará en una mayor satisfacción de usuario.
- El empoderamiento de los liderazgos a nivel intermedio (conocer el modelo, querer implantarlo y poder tomar las medidas pertinentes) aparece identificado como un factor crítico de éxito.
- Existe un problema de liderazgo por la colisión entre liderazgos jerárquicos (con potestad pero, quizás, sin voluntad) y liderazgos naturales (con voluntad pero sin potestad).
- Los estilos de liderazgo y ocupaciones de los líderes son distintos entre Atención primaria y Asistencia hospitalaria.
- La implantación de las políticas de calidad ha redundado en un aumento en la accesibilidad a los líderes así como en las posibilidades de crítica y aportación.
- La accesibilidad a los líderes es mayor en función del tipo de organización y las características personales de los mismos.
- Los técnicos de calidad aparecen como intermediarios de los líderes en la comunicación tanto de arriba-abajo como de abajo-arriba.
- Las herramientas de los modelos de calidad son útiles en la gestión del trabajo y los recursos.
- Hay un conocimiento suficiente de las herramientas de calidad a nivel directivo y de los mandos intermedios siendo las más valoradas la autoevaluación, la gestión por procesos y el cuadro de mando.
- Las herramientas de la calidad no siempre respetan factores, como la confidencialidad y el anonimato, necesarios para una expresión nítida de las opiniones.

5. CONCLUSIONES

Según la perspectiva de los **Clientes**, haciendo una valoración sobre los resultados obtenidos en este estudio, al comparar las organizaciones con Q-oro con las organizaciones sin ningún tipo de Q, no se ha alcanzado significación estadística en ninguna de las variables a estudio. Uno de los inconvenientes del estudio fue que la variable «coordinación» presentó numerosos valores perdidos en todos los ciclos (no se obtuvieron datos para las comarcas, ni para las organizaciones de Salud Mental Extrahospitalaria, ni para los Hospitales de Media y Larga estancia), por lo que el tamaño muestral para las pruebas estadísticas fue aún más reducido y, por consiguiente, menos fiable. Además, el tamaño reducido de las organizaciones con algún tipo de Q en el ciclo 2001-2003, hacen menos robustos los análisis.

Al comparar organizaciones con algún tipo de Q vs organizaciones sin ninguna Q, tampoco se pudo evidenciar que el impacto de la implantación del modelo EFQM haya repercutido en la percepción de los Clientes: pacientes y usuarios. Tan solo las variables «información» y «coordinación», en el ciclo 2001-2003 y en el ciclo 2009-2010 respectivamente, se han acercado a la significación, sin embargo, dado que se tratan de situaciones muy aisladas no se ha considerado que las diferencias observadas fuesen relevantes.

Centrando la comparación entre las valoraciones de los usuarios de «excelente» en la escala, tampoco se han conseguido obtener diferencias significativas entre los grupos, sin tener tampoco una tendencia clara en cuanto las diferencias entre grupos.

Durante los grupos de discusión queda patente que el objetivo de todo el esfuerzo que supone la implementación de las políticas de calidad es la mejora de la organización, y por lo tanto de la atención a los clientes. No hay una base general estable para elaborar la satisfacción del usuario que se obtiene de una diversidad de factores, unos sensibles a las políticas de calidad y otros más estructurales. Se valora positivamente que las herramientas orientadas al paciente aporten nueva información de mejora que redunde en una mayor satisfacción del usuario.

Según la percepción de las **Personas** de Osakidetza, es decir, de sus profesionales, parece que en los primeros años del modelo, su impacto fue mayor en todas las dimensiones, frente al resto de ciclos (Tabla 12). Los resultados son destacadamente positivos para las dimensiones «Formación»; «Comunicación»; «Dirección y Política» desde el 2004 hasta el año 2010 (Tabla 14).

En los grupos de discusión queda patente que los logros de la organización, relacionados con el reconocimiento y calidad, son vividos con protagonismo, orgullo y sensación de pertenencia. La implantación de las políticas de calidad ha redundado en un aumento en la accesibilidad a los líderes así como en las posibilidades de crítica y aportación. La accesibilidad a los líderes es mayor en función del tipo de organización y las características personales de los mismos. Los técnicos de calidad aparecen como intermediarios de los líderes en la comunicación tanto de arriba-abajo como de abajo-arriba. Por otra parte, la motivación, a través de la comunicación del modelo, es difícil, compleja y frecuentemente auto limitada al tiempo de la evaluación.

Se constata desde todos los niveles de la organización una necesidad proactiva de conocimiento del modelo EFQM, como motivación para establecer relaciones causa efecto con las mejoras propuestas y su identificación con el modelo. Sin embargo hemos encontrado algunos elementos debilitadores de la implantación del modelo. Lo son la negativa de líderes y colectivos clínicos a gestionar según el modelo, la falta de incentivos que impulsen y motiven el cambio de paradigma, la existencia de procesos diferenciados para atención primaria y atención hospitalaria y la alta rotación del personal.

Del análisis de los **Resultados Clave** no se pudo concluir que la obtención de algún tipo de Q tuviera implicaciones en ellos, excepto para el ítem «% cancelaciones debidas al centro» en el ciclo 2004-2006. Sólo se han podido analizar los resultados de la tipología de organización de servicios Hospitales de Agudos (11 en total), con datos disponibles para los cuatro ciclos de medición. Únicamente un ítem,

de los 11 ítems comparados, «% cancelaciones debidas al centro», en el ciclo 2004-2006, resultó estadísticamente significativo.

No obstante, se hace complejo poder comparar diferentes tipologías de centros, por estar quizá condicionada la información que este subcriterio refleja a los procesos clave de cada organización donde la variabilidad es mayor que en los subcriterios 6a y 7a.

En los grupos de discusión obtenemos información acerca de cómo se percibe la gestión de las organizaciones. Los modelos de calidad aportan misión, visión y valores a todas las acciones y en todos los niveles de la organización y debe apoyarse en políticas de calidad finalistas, efectivas y orientadas a resultados. Se valora positivamente la evaluación continua y la revisión anual de los modelos de calidad como factor de éxito, pero se es consciente de que el mantenimiento de la calidad en la organización no está asegurada con la obtención de reconocimiento externo. Los modelos de calidad favorecen la coordinación Atención primaria/Atención hospitalaria y entre servicios, lo que redundará en mejoras en la atención al paciente. Además, las herramientas de los modelos de calidad son útiles en la gestión del trabajo y los recursos. Existe la percepción de que los enfoques de calidad (EFQM, ISO...) son progresivamente convergentes en su conceptualización y formulación.

En este estudio, los resultados de los clientes están condicionados por la alta puntuación dada en la respuesta por parte de los usuarios de los centros de Osakidetza, en todas las dimensiones valoradas, a nivel global en las organizaciones de servicios, lo cual reduce el intervalo en el cual se podrían identificar diferencias significativas entre grupos (% de satisfacción superiores al 90% en todos los casos), ver tablas 4 y 7.

Es cierto, de este modo, que las encuestas dan satisfacciones altas y puede ser difícil valorar si los centros con Q-oro o Q-plata tienen diferencias, pero existe un matiz a tener en cuenta. Durante este periodo, los centros con Q-oro impulsaron estrategias y líneas de acercamiento al paciente, tratando de dar más calidez, mejorando la información, potenciando la empatía en el trato, haciendo benchmarking con empresas del sector servicios, adaptando política de dietas, mobiliario en habitaciones, de salas de espera,..., mejorando el confort y la atención al paciente. El desarrollo de estas estrategias ha sido compartido, sirviendo de tracción para que otras organizaciones de Osakidetza siguieran su impulso, siendo de este modo coherente la obtención de valoraciones positivas en la satisfacción del paciente en todas ellas, y de este modo justifica la escasa diferencia en los resultados.

Además, con el modelo se pusieron en marcha herramientas corporativas como la gestión de procesos y por procesos, las encuestas, sistema de información de reclamaciones, mejores cuadros de mando. Estas herramientas se implantaron en todas las organizaciones e inducían mejoras tanto en organizaciones con Q como sin Q. Esto pudiera explicar que se noten más diferencias en la satisfacción de personas que en la satisfacción de clientes.

Una de las fortalezas de este estudio reside en que la metodología utilizada para la medición de la percepción de la satisfacción de los profesionales de Osakidetza permite asegurar la representatividad de los datos y que éstos sean generalizables a la totalidad del universo o población. Esta herramienta de medición, así como el modelo interpretativo que se deriva de la misma, recoge los factores o dimensiones que explican el concepto de satisfacción, reforzando un concepto dinámico y susceptible de variación en el tiempo de dicho constructo.

La medición periódica de la satisfacción de las personas permite a las organizaciones de Osakidetza visualizar las tendencias en cada uno de los ítems o factores objeto de análisis, así como realizar comparaciones con el resto de organizaciones de la red y con las consideradas «excelentes», estableciendo planes de acción para la mejora y convirtiéndose de esta manera en una herramienta de gestión válida y eficaz.

Además, los grupos de discusión han servido para recoger y analizar la opinión de los profesionales de Osakidetza en aspectos que van más allá del alcance de los subcriterios 6a, 7a y 9a. Aunque la memoria EFQM aparece como un ejercicio necesario de reflexión, la redacción de la misma y la evaluación externa es una actividad extra que supone un esfuerzo muy importante, sobre todo en el nivel directivo y de mandos intermedios. El contenido de la memoria realizada para la evaluación externa no siempre se corresponde con la percepción de la organización, con lo que la evaluación externa puede ser sesgada. A veces, además, la obtención del reconocimiento se percibe como un objetivo en sí mismo, llevando a centrar una parte importante del esfuerzo del día a día en su consecución.

La implantación del modelo de calidad supone un esfuerzo suplementario muy importante en todos los niveles de la organización. El empoderamiento de los liderazgos a nivel intermedio (conocer el modelo, querer implantarlo y poder tomar las medidas pertinentes) aparece identificado como un factor crítico de éxito. Por el contrario, el lenguaje propio «argot» de los modelos de calidad supone un hándicap importante en la comunicación sobre todo a nivel de base.

Hay una visión paternalista y exclusiva desde el liderazgo organizativo acerca de la necesidad de conocimiento del modelo EFQM. Aunque el conocimiento del modelo EFQM se distribuye de forma irregular en las organizaciones, las herramientas de los modelos de calidad son útiles en la gestión del trabajo y los recursos. En este sentido, se considera que hay un conocimiento suficiente de las herramientas de calidad a nivel directivo y de los mandos intermedios siendo las más valoradas la autoevaluación; la gestión por procesos y el cuadro de mando, que dotan de coherencia interna a la planificación y gestión de recursos de la organización.

Existe un problema de liderazgo por la colisión entre liderazgos jerárquicos (con potestad pero, quizás no siempre con voluntad) y liderazgos naturales (con voluntad pero, quizás sin potestad), aunque se observan diferencias en el ejercicio y estilo del liderazgo entre Atención Primaria y Asistencia Hospitalaria, y en el reflejo que este ejercicio tiene en aspectos organizativos y estructurales de la implantación de la calidad en ambos niveles. En ambos casos, destaca que los enfoques de calidad orientados a procesos (ISO) son más cercanos al tejido asistencial por su concreción, comprensión e inmediatez de resultados, especialmente en Atención Primaria.

Resumiendo, el modelo EFQM en Osakidetza y el avance de sus organizaciones en el mismo, tuvo un impacto positivo en la percepción de las personas referida a elementos gestionables de forma diferenciada en cada organización, mientras que no se apreciaron diferencias en aquellos aspectos más homogéneos o centralizados. Además, se observó que cuanto mayor es el avance (Q-oro) mayor es la satisfacción de las personas respecto a las organizaciones menos avanzadas (sin reconocimiento).

6. RECOMENDACIONES

A. Sobre las políticas de calidad

– Sobre su enfoque

- Las políticas de calidad deben ser finalistas, efectivas, orientadas a resultados y a la mejora de la organización.
- Los diferentes enfoques de calidad (ISO, EFQM, Modelo avanzado de gestión,...) tienden a converger, tanto conceptual como operativamente.

– Sobre su ámbito

- Los modelos de calidad favorecen la coordinación entre Atención Primaria, Atención Hospitalaria y entre los Servicios, respetando las especificidades de cada nivel de atención.

– Sobre la participación de las Personas de Osakidetza

- Los reconocimientos en calidad son vividos con protagonismo y sentido de pertenencia por parte de los profesionales de las organizaciones.
- Debe asumirse y tener en cuenta que la implantación de modelos de calidad supone un esfuerzo importante en todos los niveles de la organización.

– Recomendaciones a futuro para optimizar las políticas de calidad

- Promover enfoques de calidad orientados a procesos ya que son más cercanos al tejido asistencial por su concreción, comprensión e inmediatez de resultados, especialmente en Atención Primaria.
- Buscar alternativas a las actuales encuestas de satisfacción para Cliente y Profesional, dado que parece que ya no son una guía para la mejora al mostrar resultados tan altos.

B. Sobre la Formación en el modelo y sus herramientas/ Comunicación interna

- Hay un conocimiento suficiente de las herramientas de calidad a nivel directivo y de los mandos intermedios, siendo las más valoradas la Autoevaluación, la Gestión por procesos y el Cuadro de mando.
- El conocimiento del modelo EFQM se distribuye de forma irregular en las organizaciones, siendo su despliegue incompleto y afectando sobre todo a nivel directivo, siendo significativamente escaso en la base de las organizaciones.

– Recomendaciones sobre la Formación en el modelo y sus herramientas/ Comunicación interna

- Asegurar que el enfoque de calidad adoptado sea percibido en la organización de forma convincente y coherente con la realidad clínica, evitando visiones sesgadas o erróneas.
- Evitar el lenguaje propio o «argot» de los modelos de calidad ya que supone un obstáculo en la comunicación, sobre todo a nivel de los profesionales de base, más acostumbrados al lenguaje clínico.
- Reforzar el papel de los técnicos de calidad como intermediarios de los líderes en la comunicación en sentido bidireccional.
- Potenciar la figura del mando intermedio como transmisor de la cadena; su participación, implicación y formación constituye un factor clave de éxito para poder trasladar-comunicar los conceptos/objetivos al resto de profesionales, y facilitar su implantación.

C. Recomendaciones sobre el ámbito del Liderazgo

- Empoderar en lo concerniente al liderazgo a los Mandos Intermedios.

- Implicar activamente desde el inicio a los líderes naturales (no jerárquicos) con voluntad de impulsar estos modelos de calidad.
- Asumir los matices y diferencias entre el liderazgo en Atención Primaria y Atención Especializada.
- Promover la accesibilidad a los líderes como un atributo importante del liderazgo a la hora de impulsar las políticas de calidad.

D. Recomendaciones a futuro respecto al Modelo de Gestión Avanzada

Aprovechar las potencialidades del nuevo Modelo de Gestión Avanzada. Como se ha apuntado en el apartado Introducción, Osakidetza a partir del año 2015 apuesta por el recién creado Modelo de Gestión Avanzada, modelo inspirado en el anterior, el Modelo EFQM. Dicho modelo ha sido desarrollado por evaluadores expertos de Euskalit y promovido por el Gobierno Vasco y persigue solventar algunas de las limitaciones que se recogieron de los directivos, mandos y profesionales respecto al Modelo EFQM:

- Facilita el despliegue entre los profesionales:
 - El Modelo EFQM presentaba dificultades de comprensión de lenguaje y era más complejo para ser comunicado en las unidades/servicios.
 - Los reconocimientos sirven para estimular la sensación de pertenencia y orgullo, y el nuevo Modelo presenta periodos más cortos de consecución de logros lo que puede impactar en una mayor motivación.
- Facilita la revalidación periódica:
 - El nuevo esquema de reconocimientos del Modelo de Gestión Avanzada da lugar a revalidaciones de forma escalonada.
 - Valorar el establecer un sistema de reconocimientos para la gestión clínica en la promoción de sistemas de excelencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. www.euskalit.net
2. EFQM. Modelo EFQM de Excelencia. Madrid: EFQM y Club de Gestión de la Calidad, 2003.
3. Huerta-Riveros PC, Leyton-Pavez CE, Saldia-Barahona, H. Análisis de las competencias directivas de una red de salud pública. *Rev. salud pública.* 2009; 11 (6): 979-987.
4. Arcelay A, Hernández L, Inclán, G, Bacigalupe M, Letona J, Linares R. Proceso de autoevaluación de los centros sanitarios de Osakidetza mediante el modelo europeo de gestión de calidad total. *Rev. Calidad Asistencial.* 1998; 3:414-418.
5. Arcelay A, Sánchez E, Hernández L, Inclán G, Bacigalupe M, Letona J, González RM, Martínez-Conde AE. Self-assessment of all the health centres of a public health service through the European Model of Total Quality Management. *International Journal of Health Care Quality Assurance.* 1999; 12:54-8.
6. Sánchez E, Darpón J, Villar F, Letona J, Martínez-Conde A, González Linares R. De la gestión de la calidad hacia la excelencia en la gestión a través del modelo de autoevaluación de la European Foundation for Quality Management (EFQM) en una red pública de centros sanitarios. *Rev. Calidad Asistencial.* 2000; 15:177-83.
7. Sánchez E, Darpón J, Garay J, Letona J, González R, Pérez MJ. Política de calidad en Osakidetza-Servicio vasco de salud. *Rev. Calidad Asistencial.* 2004; 19:189-99.
8. Muñoz J, Linares R, Letona J, Sánchez E, García M, Ballesteros C. Herramienta de autoevaluación rápida para organizaciones sanitarias según el modelo de excelencia EFQM. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza. 2005.
9. Aramburu I, Vázquez S, Letona J. Guía para la auto-implantación de la metodología 5S en organizaciones sanitarias. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza 2003.
10. Guía para la gestión de procesos. 1990. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza.
11. Pérez MJ, Letona J, Sánchez E, Audicana A, Gutiérrez F, San Martín A. Implantación de la gestión por procesos en una corporación sanitaria a través de la certificación según la norma ISO 9001:2000. *Rev. Calidad Asistencial.* 2003;18:530.
12. Guía de gestión por procesos e ISO 9001:2000 en las organizaciones sanitarias. Audicana A, Letona J, Pérez MJ, San Martín A, Sánchez E. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza. 2004.
13. Plan Estratégico 1998-2002. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza – Servicio vasco de salud, 1998.
14. Plan Estratégico 2003-2008. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza – Servicio vasco de salud, 2003.
15. Plan Estratégico 2008-2012. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza – Servicio vasco de salud, 2008.
16. Manual de evaluación y mejora de la satisfacción de las personas en las organizaciones de servicios. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza, 2001.
17. Plan de Calidad 2003 / 2007. Estrategia de Mejora. Osakidetza/Servicio vasco de salud.
18. Manual de encuestas de pacientes. Vitoria – Gasteiz: Osakidetza, 2004.

ANEXOS

ANEXO I. FIGURAS Y TABLAS

FIGURAS

Figura 1. Modelo EFQM (Propiedad de EFQM).

TABLAS

- Tabla 1. Comparación de metodologías (metodologías anteriores a 2007 vs. posteriores a 2007) de aplicación de encuesta.
- Tabla 2. Comparación de agrupaciones de factores o ítems (agrupaciones anteriores a 2010 vs. agrupación del 2010).
- Tabla 3. Tamaño de los grupos (subcriterio 6a de Resultados en los clientes).
- Tabla 4. Medias sobre 10, organizaciones con algún tipo de Q vs organizaciones sin Q.
- Tabla 5. Medidas de tendencia central de puntuación Excelente, organizaciones con algún tipo de Q vs organizaciones sin Q.
- Tabla 6. Comparación de medias de puntuación Excelente (p valores), organizaciones con algún tipo de Q vs organizaciones sin Q.
- Tabla 7. Medias sobre 10, organizaciones con Q de oro vs organizaciones sin Q.
- Tabla 8. Medidas de tendencia central de puntuación Excelente, organizaciones con Q de oro vs organizaciones sin Q.
- Tabla 9. Comparación de medias de puntuación Excelente (p valores), organizaciones con Q de oro vs organizaciones sin Q.
- Tabla 10. Tamaño de los grupos (Subcriterio 7a de Resultados en las personas).
- Tabla 11. Medidas de tendencia central sobre 10, organizaciones con algún tipo de Q vs organizaciones sin Q.
- Tabla 12. Comparación de medias (p valores), organizaciones con algún tipo de Q vs organizaciones sin Q.
- Tabla 13. Medidas de tendencia central sobre 10, organizaciones con Q de oro vs organizaciones sin Q.
- Tabla 14. Comparación de medias (p valores), organizaciones con Q de oro vs organizaciones sin Q.
- Tabla 15. Tamaño de los grupos (Subcriterio 9a de Resultados clave).
- Tabla 16. Comparación de medias (p valores), organizaciones con algún tipo de Q vs organizaciones sin Q.

ANEXO II. GUIONES UTILIZADOS PARA LOS GRUPOS DE DISCUSIONES

– Directivos

1. ¿Qué os parece la implantación del modelo EFQM en Osakidetza? ¿Y en vuestras organizaciones?
2. ¿Cómo resumirías la utilidad real del modelo en la práctica?
3. ¿Cuáles pensáis que son los elementos propuestos por el modelo EFQM que han tenido un mayor impacto en la gestión de vuestros centros vinculados a la obtención de la Q? ¿Y cuáles han tenido un menor impacto?
4. ¿En qué medida creéis que impacta el modelo EFQM en la obtención de los resultados que el propio modelo propone? (Clientes, Personas, Sociedad, R. Clave) ¿Y en los resultados que se exigen desde los diferentes estamentos de la organización? (Jefaturas, Gerencias, Organización Central, Departamento...)
5. ¿Qué herramientas/metodologías en gestión consideráis que se han visto más impulsadas en vuestra organización? (Procesos, Cuadros de Mando, 360º, Encuestas, Fuentes de información sobre grupos de interés, DAFO...)
6. ¿Qué herramientas/metodologías en gestión valoráis más positivamente? (Procesos, Cuadros de Mando, 360º, Encuestas, Fuentes de información sobre grupos de interés, DAFO...)
7. ¿Con qué dificultades os habéis encontrado en la aplicación del modelo?
8. ¿Qué beneficios os ha aportado el modelo?
9. ¿Por qué hay organizaciones que se quedan en Q Plata y no siguen a Q Oro?
10. ¿La implantación del modelo ha supuesto que los pacientes estén más satisfechos? ¿Y las personas que trabajan en los centros donde se ha implantado el modelo?
11. ¿Nos ha servido para dar a conocer y, planificar, implantar, comunicar, hacer partícipes en el desarrollo de los planes de gestión y plan estratégico?
12. Con vuestra experiencia acumulada, ¿qué estrategia de utilización del modelo y/o sus componentes os parece más adecuada para optimizar el impacto del modelo en los resultados de vuestros centros?
13. ¿Creéis que la comprensión/utilización/motivación en relación al modelo es diferente en Directivos/Mandos Intermedios?
14. ¿Creéis que la estrategia de utilización del modelo debe ser diferente en Directivos/Mandos Intermedios?

– Mandos intermedios

1. ¿Qué os parece la implantación del modelo EFQM en Osakidetza? ¿Y en vuestras organizaciones?
2. ¿Cómo resumirías la utilidad real del modelo en la práctica?
3. ¿Cuáles pensáis que son los elementos propuestos por el modelo EFQM que han tenido un mayor impacto en la gestión de vuestros centros vinculados a la obtención de la Q? ¿Y cuáles han tenido un menor impacto?
4. ¿En qué medida creéis que impacta el modelo EFQM en la obtención de los resultados que el propio modelo propone? (Clientes, Personas, Sociedad, R. Clave) ¿Y en los resultados que se exigen desde los diferentes estamentos de la organización? (Jefaturas, Gerencias, Organización Central, Departamento...)
5. ¿Qué herramientas/metodologías en gestión consideráis que se han visto más impulsadas en vuestra organización? (Procesos, Cuadros de Mando, 360º, Encuestas, Fuentes de información sobre grupos de interés, DAFO...)

6. ¿Qué herramientas/metodologías en gestión valoráis más positivamente? (Procesos, Cuadros de Mando, 360º, Encuestas, Fuentes de información sobre grupos de interés, DAFO...)
7. ¿Con qué dificultades os habéis encontrado en la aplicación del modelo?
8. ¿Qué beneficios os ha aportado el modelo?
9. ¿Por qué hay organizaciones que se quedan en Q Plata y no siguen a Q Oro?
10. ¿La implantación del modelo ha supuesto que los pacientes estén más satisfechos? ¿Y las personas que trabajan en los centros donde se ha implantado el modelo?

– *Directivos + mandos intermedios*

1. ¿Qué os parece la implantación del modelo EFQM en Osakidetza? ¿Y en vuestras organizaciones?
2. ¿Qué nivel de conocimiento y/o utilización del modelo tenéis?
3. ¿Qué herramientas/metodologías en gestión consideraréis que se han visto más impulsadas en vuestra organización? (Procesos, Cuadros de Mando, 360º, Encuestas, Fuentes de información sobre grupos de interés, DAFO...)
4. ¿Con qué dificultades os habéis encontrado en la aplicación del modelo?
5. ¿En qué medida ha influido el modelo en la relación entre la dirección, los mandos intermedios y las jefaturas?
6. ¿La implantación del modelo ha supuesto que los pacientes estén más satisfechos? ¿Y las personas que trabajan en los centros donde se ha implantado el modelo?
7. ¿Nos ha servido para dar a conocer y, planificar, implantar, comunicar, hacer partícipes en el desarrollo de los planes de gestión y plan estratégico?
8. ¿Por qué hay organizaciones que se quedan en Q Plata y no siguen a Q Oro?
9. Con vuestra experiencia acumulada, ¿qué estrategia de utilización del modelo y/o sus componentes os parece más adecuada para optimizar el impacto del modelo en los resultados de vuestros centros?
10. ¿Creéis que la comprensión/utilización/motivación en relación al modelo es diferente en Directivos/Mandos Intermedios ?
11. ¿Creéis que la estrategia de utilización del modelo debe ser diferente en Directivos/Mandos Intermedios ?

– *Profesionales de base*

1. ¿Conocéis el modelo EFQM? ¿Qué conocéis?
2. ¿Qué opinión tenéis de la implantación del modelo EFQM en Osakidetza? ¿Y en sus organizaciones?
3. ¿Teníais expectativas sobre la implantación del modelo en vuestro centro de trabajo? ¿Qué aspectos de la actividad diaria esperabais que hubiese mejorado o resuelto el modelo EFQM? ¿Lo ha hecho? En caso negativo ¿qué creéis que ha fallado?
4. ¿Qué herramientas/metodologías en gestión valoráis más positivamente? (Procesos, Cuadros de Mando, 360º, Encuestas, Fuentes de información sobre grupos de interés, DAFO...)
5. ¿Qué creéis que ha supuesto para vuestro centro, servicio o unidad la obtención de la Q? ¿Qué aspectos de la gestión (agentes) ha mejorado.? ¿Y de los resultados? ¿Dónde creéis que no ha tenido ninguna influencia?
6. ¿Qué dificultades os ha supuesto la implantación del modelo? ¿Y qué beneficios os ha aportado?
7. ¿Ha supuesto la implantación del modelo alguna diferencia en el trato que se os ofrece desde la dirección?

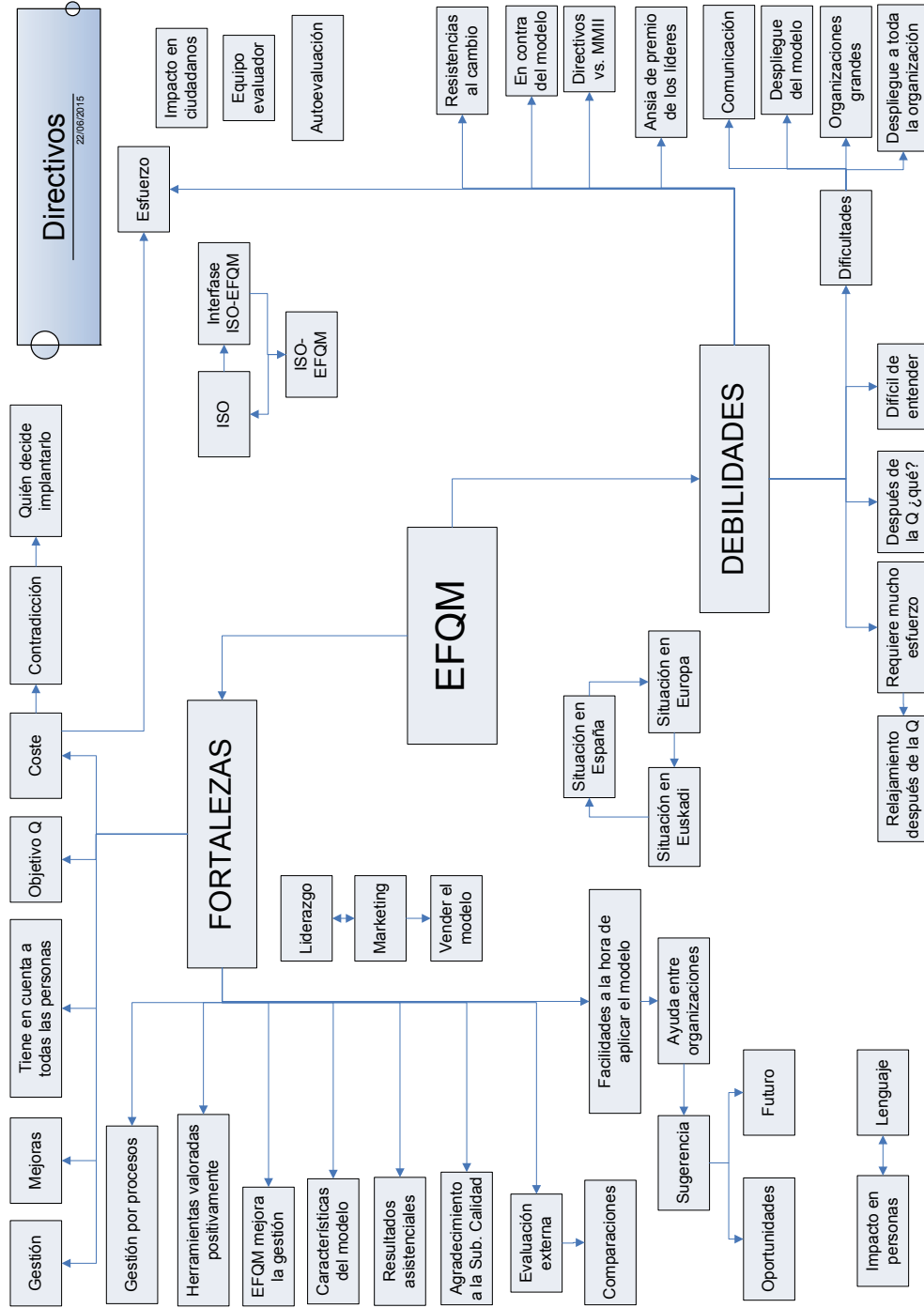
8. ¿La implantación del modelo ha supuesto que los pacientes estén más satisfechos? ¿Y las personas que trabajan en los centros donde se ha implantado el modelo?
9. ¿Por qué hay organizaciones que se quedan en Q Plata y no siguen a Q Oro?
10. ¿Qué herramientas/metodologías en gestión consideráis que se han visto más impulsadas en tu organización y de cuáles hacéis una valoración más positiva? (Procesos, Cuadros de Mando, 360º, Encuestas, Fuentes de información sobre grupos de interés, DAFO...)
11. Desde vuestro conocimiento del tema ¿qué estrategia de utilización del modelo y/o sus componentes te parece más adecuada?

ANEXO III. TABLA DE SELECCIÓN DE PARTICIPANTES EN GRUPOS DE DISCUSIÓN

Nombre	Apellidos	Perfil directivo	Perfil profesional	Nivel de responsabilidad	Intensidad en uso del modelo	Ámbito de trabajo	Otros factores		
							Sexo	Territorio	Centro de trabajo
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

ANEXO IV. MAPAS DE IDEAS OBTENIDOS DE CADA GRUPO DE DISCUSIÓN

Grupo directivos



Directivos y mandos intermedios

