

GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS: CASO DE AUTOEVALUACIÓN SEGÚN EL EFQM

Ana Isabel Zardoya-Alegría

Profesora Titular de la Universidad de Zaragoza

Iván Ricardo Guevara-Graterón

Profesor de la Universidad "Lisandro Alvarado" de Barquisimeto. Venezuela

Javier García-Bernal

Becario del Ministerio de Ciencia y Tecnología (M.C.Y.T.)

Mercedes Marzo-Navarro

Profesora de la Universidad de Zaragoza

RESUMEN

En el marco de la transferencia de competencias sanitarias en España, se impone desarrollar una orientación estratégica de la organización siguiendo los principios y filosofía de la calidad total (TQM), orientación al cliente y mejora continua.

Este trabajo presenta la aplicación del modelo de calidad de la EFQM a un importante hospital Universitario español. Mediante las actividades de autoevaluación en las que se basa el Modelo EFQM, puede conseguirse una mejor y más eficiente gestión de los recursos, así como la consecución de las metas y objetivos estratégicos, redundando en una mejora continua de la atención sanitaria.

Con las actividades antes descritas la organización en estudio ha definido las líneas estratégicas del Hospital con participación directa de los líderes en las actividades de mejora. Ha conseguido también implicar completamente a la Dirección Médica en la implementación de actividades de autoaprendizaje y mejora, enfocando el trabajo directamente al paciente. Se han establecido vías para la comunicación de las estrategias a todo el personal, creando una cultura organizacional de calidad.

PALABRAS CLAVE: Control de Gestión, Gestión de la Calidad Total, Modelo EFQM de Excelencia, Sector Sanitario Español, Autoevaluación

ABSTRACT

In the edge of the transition for sanitary competencies in Spain, it has been implied the necessity of the development of an orientation strategy of the organization following the principles and the philosophy of the total quality (TQM): consumer orientation, and continue improvement.

This essay shows the development of the quality model of EFQM applied to an important University Hospital of Spain. Trough out the activities of auto evaluation in which the Model EFQM is based, it can be obtained better and more efficient gestation of the resources and attainment of the aims and strategies targeted, with the effect of a constant improvement of the sanitary attention.

Strategic lines for the Hospital have been defined, with the direct participation of leaders in activities for improvement. The complete encounter to involved the Medical Board in the implementation of activities of auto learning and improvement, emphasizing the work directly to the patient. Processes have been established for the communication of the strategies to the whole personnel, creating an organizational culture of quality.

KEY WORDS: Management Control, Total Quality Management, Model EFQM of Excellence, Sanitary Spanish Sector, Self Assessment.

1. Introducción

En el contexto económico actual, donde se destaca la gran competitividad y globalización de los mercados, los modelos de calidad han evolucionado hacia la consecución de la excelencia en la gestión. Así, cada vez un mayor número de empresas adoptan planteamientos para mejorar su gestión y asumen que la calidad total supone una nueva forma de gestión empresarial para alcanzar la eficiencia económica.

En el presente trabajo se aborda, en primer lugar, el paradigma de la Calidad Total y su evolución. Posteriormente se destaca la necesidad de su implantación en el sector público, resaltando la importancia económica de este sector en las economías desarrolladas. A continuación, se analiza la relevancia de los Sistemas de Gestión de la Calidad en la administración de las Instituciones Públicas, como herramienta para mejorar la eficiencia y solventar algunos de los problemas característicos vinculados a dicho sector.

Seguidamente, se citan algunos de los principales modelos de calidad, para luego centrarnos en el EFQM y en cada uno de sus criterios, desde el liderazgo hasta los resultados clave. También se realiza un resumen de las características derivadas de su aplicación en el sector público.

Por último, se presenta una aplicación práctica del Modelo EFQM de Excelencia empresarial en un centro público hospitalario español. Por diversos motivos se analizan únicamente los criterios de resultados (resultados en los clientes, resultados en las personas, resultados en la sociedad y resultados clave). La primera de las limitaciones obedece a la dificultad de comentar el desarrollo del modelo completo, debido a su extensión, en un único trabajo. En segundo lugar, porque con los criterios de resultados se abarcan algunas de las áreas más relevantes de la organización y se hace referencia a aquellas características más importantes para el desarrollo de la misión. Por último, porque los “criterios resultados” son consecuencia de los “criterios facilitadores” y, en muchos casos, guardan una estrecha relación.

La misión del hospital objeto de análisis, tal como se define en el modelo EFQM, es “proporcionar a la población del sector una atención sanitaria especializada, centrada en sus necesidades de salud y basada en criterios de mejora continua de calidad, ofreciendo a sus clientes un trato personal en un entorno de seguridad y confianza”. De la misma forma, la visión se centra en la atención a la población del sector y su organización hacia la excelencia de los resultados. Con esto se hace referencia explícita a los clientes y resultados y en los valores y líneas estratégicas se deja clara la referencia a las personas que integran la organización y la sociedad.

El mayor problema que se observa en la aplicación de este modelo al sector público es la continuidad del programa que, en muchas ocasiones, está condicionada por la continuidad de sus líderes políticos, lo cual no depende de la organización ni de los logros alcanzados en etapas anteriores.

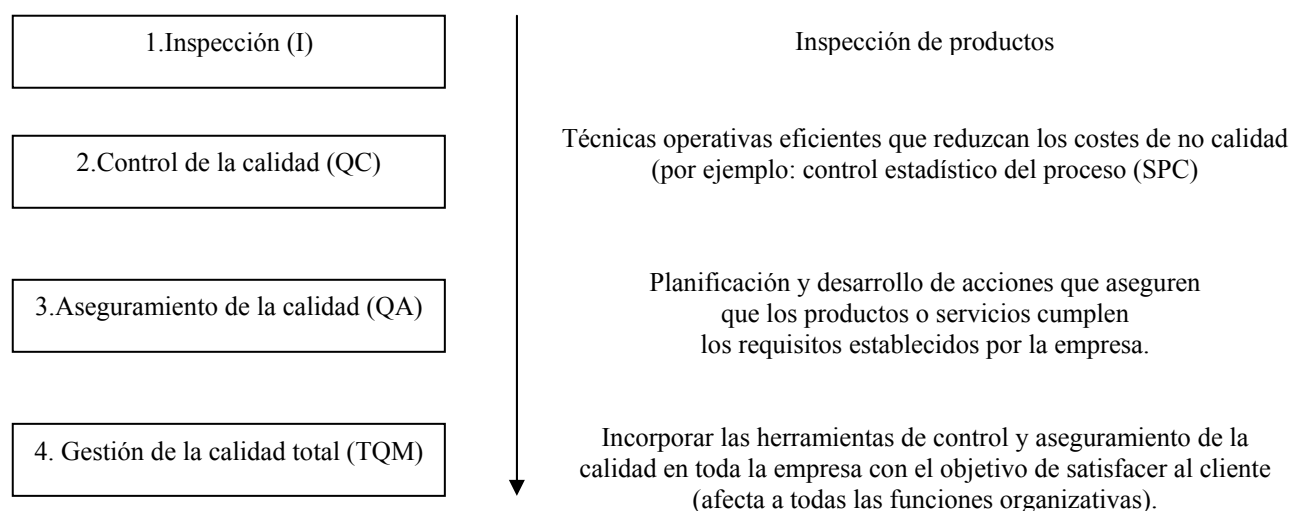
2. Conceptualización de la Dirección de la Calidad Total

El concepto de calidad ha sufrido una constante evolución en el tiempo, pasando de ser un requisito o cualidad del producto, a ser una técnica de gestión o incluso uno de los objetivos estratégicos de la empresa. El origen del concepto de excelencia puede atribuirse a Frederick Winslow Taylor (1911) con su obra "Organización Científica del Trabajo" y a Joseph Schumpeter (1951, 1942) quien estableció el paradigma de empresa innovadora o excelente. Con posterioridad a los trabajos de estos autores, las aportaciones han sido múltiples, siendo Deming, Crosby y Juran los autores que han alcanzado una mayor difusión, sin olvidar a Shewhart, Feigenbaum, Ishikawa, Taguchi, Shingo, Pettters y Waterman. El libro “En busca de la excelencia” (1994) de los dos últimos autores se constituye en una de las aportaciones más relevantes del siglo XX.

Atendiendo a la evolución del paradigma de la Calidad, Hammet (2000) identifica varias etapas (ver figura 1). Este autor considera que las dos primeras etapas (I y QC) se limitan a la identificación y corrección de los errores cometidos, denominándolas etapas de detección (*detection*) y control de la calidad (*quality control*). Las dos últimas etapas las cataloga dentro del término prevención (*prevention*) y consisten en abordar el problema desde su origen, centrándose más en los aspectos de diseño. La primera de estas dos macroetapas es considerada como una estrategia reactiva, mientras que las fases 3 y 4 son consideradas como estrategias proactivas.

La última de las etapas identificada por Hammett, es decir, *Total Quality Management (TQM)*, ha sido objeto de estudio desde el ámbito académico en los últimos años. De esta forma Price (1989) define la Gestión de la Calidad Total como una técnica de Gestión y, por otra parte, Spencer (1994) la cataloga como una filosofía de dirección, lo cual coincide con la posición de Wilkinson et al. (1998) quienes argumentan que se trata de un enfoque sistémico a partir del cual abordar la dirección de la organización. Autores como Waldman (1994), Reed et al. (1996) y Stahl y Grigsby (1997) consideran la calidad como una opción estratégica de negocio.

Figura 1: The Quality Hierarchy



Fuente: Adaptado de Hammett (2000).

Una vez conceptualizado el paradigma de la Calidad se destaca la importancia de su implantación en el sector público, resaltando la importancia económica de dicho sector en las economías desarrolladas y analizando la relevancia de los Sistemas de Gestión de la Calidad en la administración de las Instituciones Públicas, como herramienta para mejorar la eficiencia y solventar algunos de los problemas que, con frecuencia, son atribuidos a dicho sector.

Durante las recientes décadas, el sector público y los servicios que éste presta están incrementando, de forma considerable, su importancia en las economías desarrolladas. Uno de los indicadores que refleja la magnitud de este sector es la participación en el PIB de un país; así, para el caso español, los presupuestos generales del Estado supusieron para el sector público *casi el 40% del PIB en el año 2000* (Anuario El País, 2001; 2002).

El creciente interés cobrado por el sector público se ve materializado, fundamentalmente, en el énfasis otorgado a dos aspectos: la calidad y la satisfacción (Bigné et al. 1996). Ya no sólo se trata de conseguir la calidad de las actividades o de los servicios públicos por imperativo legal, sino que es una necesidad cada vez más demandada por el ciudadano, que exige un nivel determinado de satisfacción sobre los servicios prestados por la administración pública, como contrapartida por las aportaciones económicas que realiza a través del pago de los impuestos (Castelló y Lizcano, 1997).

Con la implantación de modelos de gestión de calidad en el sector público se pretende solucionar algunos de los problemas detectados en dicho sector. Para el caso español, a comienzo de la

década de los noventa en un documento propio de las Administraciones públicas titulado “Reflexiones para la modernización de la administración del estado”, se reconocían e indicaban los siguientes problemas (Martínez, 1993): (1) Insuficiente atención a las necesidades del cliente de los servicios; (2) Insuficiente asignación de los recursos; (3) Inspección a posteriori como método para detectar problemas; (4) Perspectiva de corto plazo; (5) Estructura vertical; (6) Deficiente gestión de la innovación; (7) Conflicto entre departamentos; y, (8) Negativa auto imagen.

Por todo ello, las últimas tendencias en este sector reconocen un especial interés sobre la puesta en marcha de sistemas de gestión que permitan mejorar la calidad de los servicios prestados a los ciudadanos entre los que destaca, de forma protagónica, el modelo EFQM. A pesar de que el Modelo EFQM ha tenido mayor presencia entre las empresas privadas, es aplicable también a las entidades públicas con efectos y resultados interesantes.

Las mismas motivaciones que hicieron necesario el modelo para la empresa privada son las que hacen que, en 1994, se ponga en marcha el grupo de trabajo de la EFQM para el sector público, apareciendo el modelo adaptado en 1995 (Rodríguez, 2001). La implantación de la versión adaptada del modelo EFQM cobra cada año un mayor auge y, a título ilustrativo, pueden destacarse algunos casos concretos en España como Correos, Universidad Miguel Hernández de Elche, Universidad Antonio Nebrija, Universidad Politécnica de Cataluña, E. U. de Ingenieros Técnicos Industriales de San Sebastián, Colegio Público Miguel Delibes de Burgos, Centro Sanitario de Osakidetza, por nombrar solo algunos.

Debe reconocerse que los servicios públicos engloban una amplia variedad de tipos de servicios, sin embargo, la aplicación que aquí se presenta se centra en el servicio sanitario por considerarlo uno de los más representativos en la sociedad. La sanidad es el servicio público que más preocupación ha provocado por los problemas y beneficios que se derivan de su gestión y esto ha llevado recientemente a superar trabas muy importantes como, por ejemplo, la necesidad de explicar y justificar continuamente el propio concepto de gestión, o la incomunicación tradicional entre los profesionales clínicos y los de gestión (Gorricho, 1994).

3. Modelos de Gestión de la Calidad Total

Como se ha destacado anteriormente, la calidad ha adquirido una gran importancia en los últimos años, lo cual ha llevado a las empresas a implantar modelos concretos de Gestión de Calidad. Los modelos más difundidos en la actualidad son (1) Modelo Malcolm Baldrige en Estados Unidos, (2) Modelo Deming en Japón y (3) Modelo EFQM (*European Foundation for Quality Management*) de Excelencia en Europa, sin olvidarnos del (4) proceso de Certificación ISO 9000, ampliamente adoptado por las empresas.

Dentro del ámbito geográfico en el que se contextualiza el presente trabajo, el Modelo propuesto por la *European Foundation for Quality Management* representa el más difundido en el ámbito empresarial e institucional. Como consecuencia, centramos nuestro estudio en el Modelo EFQM de Excelencia y su adaptación e implantación en organizaciones del sector público. Para ello, se revisará inicialmente la estructura y el contenido de cada uno de los criterios que conforman el modelo, destacando los aspectos singulares de su aplicación en organismos del sector público.

La *European Foundation for Quality Management* pretende que su modelo sea dinámico, sometido a mejoras continuas y que refleje los permanentes cambios del entorno. Concretamente, los criterios del modelo EFQM de Excelencia son el liderazgo; las personas; la política y estrategia; las alianzas y recursos; los procesos; los resultados en las personas; resultados en los clientes; resultados en la sociedad y resultados clave. La interpretación teórica del modelo parte de que los procesos son los medios por los cuales la entidad utiliza el valor de sus empleados para producir unos resultados. Los resultados en los clientes, resultados en las personas o empleados y los resultados en la sociedad, son alcanzados por medio del liderazgo que, a través de unos procesos establecidos, conduce a una

política y estrategia, gestiona personas y se sirve de recursos y alianzas, llevando finalmente a la excelencia en los resultados clave de la organización (EFQM, 1999).

En lo que respecta al criterio *liderazgo*, la EFQM pretende identificar “cómo los líderes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión; desarrollan los valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo e implantan todo ello en la organización mediante las acciones y los comportamientos adecuados, estando implicados personalmente en asegurar que el sistema de gestión de la organización se desarrolla e implanta”.

En las organizaciones del sector público, el papel de los líderes de la organización debe ser diferenciado del rol de los líderes políticos. La clave de este criterio en el sector público está en conseguir un equilibrio entre los meros objetivos de carácter político y el grado en el que se involucran los líderes en establecer y apoyar los objetivos orientados al cliente. Los líderes de los organismos públicos deben mostrar un conocimiento claro de los clientes y sus necesidades específicas, mostrando capacidad de equilibrarlos con las exigencias políticas.

Los subcriterios que conforman el liderazgo son: (1.a.) Desarrollo de la misión, visión, valores y ética por parte de los líderes, que actúan como modelo de referencia dentro de una cultura de excelencia; (1.b.) Implicación personal de los líderes para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de calidad de la organización; (1.c.) Interacción de los líderes con los clientes, *partenars* y representantes de la sociedad; (1.d.) Refuerzo de la cultura de la excelencia con el personal de la organización y motivación, apoyo y reconocimiento de las personas de la organización por parte de los líderes; (1.e.) Identificar y defender el cambio organizacional.

El segundo de los criterios contemplados en el Modelo EFQM, *Política y Estrategia*, recoge la manera de implantar la misión y visión de la organización a través de una estrategia orientada a todos los grupos de interés y sustentada por políticas, planes, objetivos, metas y procesos relevantes.

En las entidades públicas las políticas y estrategias podrían estar influenciadas por las estrategias políticas de sus líderes de turno. La política y estrategia deberá considerar la cultura interna de la organización, su estructura y operaciones a corto y largo plazo tomando en cuenta las prioridades y necesidades de clientes, comunidad y políticos, así como la adecuación coherente de los procesos, planes, objetivos y metas.

Los subcriterios que agrupan la política y estrategia son: (2.a.) Las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés que son el fundamento de la política y estrategia; (2.b.) La información procedente de las actividades relacionadas con la medición del rendimiento, investigación, aprendizaje, creatividad y las actividades externas relacionadas; (2.c.) Desarrollo, revisión y actualización de la política y estrategia; (2.d.) Comunicación y despliegue de la política y estrategia mediante una estructura de procesos clave; (2.e.) Comunicación e implantación de la política y estrategia.

El tercero de los criterios facilitadores, *personas*, hace referencia al modo de gestionar, desarrollar y aprovechar el conocimiento y todo el potencial de las personas que componen la organización, tanto a nivel individual y de equipos, como de la organización en su conjunto. También hace referencia a cómo planificar estas actividades en apoyo de la política y estrategia y del eficaz funcionamiento de los procesos.

En la actividad del sector público existe la figura del voluntariado que es utilizada para fines diversos. El término “Gestión de Personal” debe considerar los grupos de empleados y voluntarios. Otro aspecto importante a considerar en este criterio es la limitación relativa que tienen los organismos públicos para gestionar los recursos humanos, que siempre estará supeditada al gobierno local o central. En las organizaciones públicas, deben identificarse las limitaciones impuestas en la gestión de

personal y cómo se desenvuelven dentro de los límites impuestos para poder obtener el máximo rendimiento de sus trabajadores.

Los subcriterios de la gestión de personal son: (3.a.) Los recursos humanos se planifican, gestionan y mejoran; (3.b.) Los conocimientos y competencias del personal son identificados, desarrollados y sostenidos; (3.c.) Implicación y asunción de responsabilidades (*empowerment*) por parte del personal de la organización; (3.d.) Existencia de un diálogo entre las personas de la organización; (3.e.) El personal de la organización es recompensado, reconocido y cuidado.

El siguiente de los criterios, *Alianzas y Recursos*, está relacionado como la forma en que la organización planifica y gestiona tanto sus alianzas externas como sus recursos internos, como soporte de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.

Existen evidentes limitaciones en los organismos públicos, principalmente de carácter legislativo de obligatorio cumplimiento que dificultan la asignación, gestión y obtención de recursos para la prestación de sus servicios, disminuyendo ostensiblemente su capacidad para generar recursos suplementarios. En este tipo de organizaciones es necesario describir e identificar todas las limitaciones impuestas y, principalmente, describir cómo dentro de los límites antes mencionados, consiguen gestionar sus recursos en apoyo a la política y estrategia.

Los subcriterios contenidos en las Alianzas y Recursos son los siguientes: (4.a.) Gestión de las alianzas externas; (4.b.) Gestión de los recursos económicos y financieros; (4.c.) Gestión de los edificios, equipos y materiales; (4.d.) Gestión de la tecnología; (4.e.) Gestión de la información y del conocimiento.

El último de los criterios facilitadores denominado *Procesos*, comprende el diseño, gestión y mejora, por parte de la organización, de procesos que son implementados en apoyo a su política y estrategia y, con ello, lograr satisfacer totalmente tanto a sus clientes como al resto de grupos de interés, generando cada vez mayor valor.

Muy especialmente en el sector público, los procesos críticos guardan una estrecha relación con la prestación de los servicios clave y los procesos de apoyo. Conocer el grado de contribución de los procesos clave de la organización pública a su misión y visión, son la clave de este criterio.

Los subcriterios incluidos en esta categoría son: (5.a.) Diseño y gestión sistemática de los procesos; (5.b.) Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando valor agregado para los clientes y otros *stakeholders*; (5.c.) Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes; (5.d.) Producción, distribución y servicio de atención de los productos y servicios; (5.e.) Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.

El primero de los criterios de resultados, *Resultados en los clientes*, mide los logros obtenidos por la organización en relación con sus clientes externos. La definición de “clientes”, dentro de las organizaciones del sector público, puede resultar más amplia y complicada que en las del sector privado. Al igual que en éstas, el cliente de las entidades públicas debe ser definido detalladamente y no circunscribirlo a los usuarios primarios del producto o servicio que presta la organización evaluada. Los servicios públicos son prestados en concordancia con las políticas del gobierno central, autonómico o local y se rinde cuentas de ellos a los respectivos responsables políticos. No debe contemplarse el rendimiento exigido por las normativas vigentes aplicables, ya que ese aspecto debe medirse en el criterio N° 9 “Resultados Clave”. Los dos subcriterios considerados en esta categoría son: (6.a.) Medidas de percepción; e, (6.b.) Indicadores de rendimiento.

El segundo de los criterios de resultados, *Resultados en las personas*, evalúa los resultados logrados por la organización en relación con las personas que la componen. El personal de las

organizaciones públicas debe incluir todas aquellas personas que, directa o indirectamente, contribuyen a la prestación del servicio público. Por ello deben incluirse todos los grupos de empleados y voluntarios y debe ser relacionado o vinculado con el criterio N° 3, “Personas”. Este criterio, al igual que los anteriores, puede verse afectado por limitaciones externas a la organización, por lo tanto es recomendable que puedan describirse dichas limitaciones y las acciones que han sido desarrolladas por la entidad para superarlas. Son dos los subcriterios que conforman este apartado: (7.a.) Medidas de percepción; e, (7.b.) Indicadores de rendimiento.

Resultados en la Sociedad es el siguiente de los criterios considerados, a través del cual se valora la incidencia de los aspectos relacionados con la actuación de la organización en la sociedad en el ámbito local, nacional e internacional, según resulte pertinente.

Quizás este sea el criterio estrella en las organizaciones del sector público, debido a que está estrechamente relacionado con la misma razón de ser de éstas y debido también a que el papel fundamental del Estado es proveer satisfacción a la sociedad, elevando la calidad de vida de las personas. Muchas de las entidades públicas tienen un efecto e impacto directamente en la sociedad, especialmente, aquellas dedicadas a prestar servicios sanitarios. En este criterio debe medirse cuál es el impacto de la organización en la sociedad, en todos aquellos que no se relacionen con sus responsabilidades primarias ni con las obligaciones estatutarias, ya que los resultados de estas actividades son considerados en los criterios N° 6 “Resultados en los Clientes” y N° 9 “Resultados Clave”. Son dos los subcriterios contenidos en esta categoría: (8.a.) Medidas de percepción; e, (8.b.) Indicadores de rendimiento.

Para finalizar, el último de los criterios, *Resultados Clave*, engloba las consecuciones de metas y objetivos que la organización está logrando con relación al rendimiento que ésta tenía planificado. Para las organizaciones públicas, al igual que para las de carácter privado, los resultados clave están orientados a cuantificar el grado de consecución, de manera eficiente y eficaz, de las metas y objetivos planificados a través de la prestación de servicios, inclusive los de carácter eminentemente político. Estas medidas serán de tipo económico y no financiero, vinculándose muchas de ellas a los criterios “Política y Estrategia” y “Procesos”. Los subcriterios descritos en los Resultados Clave son: (9.a.) Resultados clave del desempeño de la organización; e, (9.b.) Indicadores clave del desempeño de la organización.

Una visión conjunta de todo el modelo EFQM de Excelencia, así como de cada uno de los criterios que lo componen, se muestra en la figura 2. En la mencionada figura, se muestran cada uno de los criterios y su ponderación en función de la importancia relativa asignada, la cual ha sido establecida por la propia EFQM y no puede variar de una organización a otra. Así, la puntuación máxima que una organización puede alcanzar es de 1.000 puntos distribuidos por criterio.

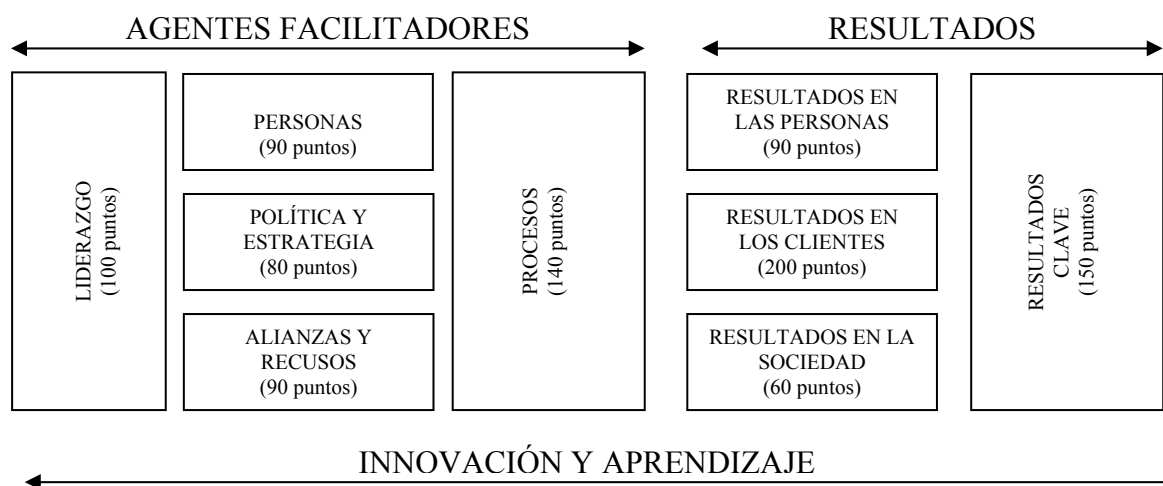


Figura 2: Criterios del Modelo EFQM de Excelencia Empresarial

4. Aplicación empírica del modelo EFQM a un hospital

En este epígrafe se presenta una aplicación práctica del Modelo EFQM de Excelencia a un centro público hospitalario español. Por los motivos comentados anteriormente, el trabajo se centra en los cuatro criterios de resultados (clientes, resultados en las personas, resultados en la sociedad y resultados clave). A continuación se describe el resultado obtenido para cada uno de estos criterios en el centro hospitalario estudiado.

4.1. Criterio 6: Resultados en los clientes

4.1.1. Sub criterio 6A: Medidas directas de la percepción de los clientes

El Hospital tiene su política y estrategia dirigida a la satisfacción y seguridad de sus clientes internos y externos desde todos los ámbitos de la atención y asistencia. El estudio de satisfacción se realiza a través de las encuestas y otros medios de difusión de la actividad que les permiten así mismo, recoger información sobre la percepción que los ciudadanos tienen de la actividad hospitalaria.

Las encuestas post-hospitalización a pacientes se realizan desde hace más de 10 años. Desde el año 2002 se ha modificado el tipo de encuesta realizada, usando ahora un cuestionario más enfocado a conocer las expectativas de los clientes.

En la encuesta post-hospitalización del año 2002, a la pregunta general sobre el "nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios recibidos", el 44% de los pacientes contestó estar muy satisfecho y el 51% satisfecho. El 90% de los encuestados recomendaría el hospital a otras personas sin dudarlo. El 1,4% opina que nunca lo recomendaría y el 7,5% que tendría dudas en hacerlo. El 14% de los casos contesta NO a la pregunta de si cree que ha recibido suficiente información sobre su situación particular.

Al analizar los resultados de la encuesta post-hospitalización en una serie temporal (1997 hasta 2002), no se observan variaciones importantes entre los criterios de percepción, excepto en la percepción sobre la comodidad de las instalaciones del hospital que pasa, de 72% a un 90% de pacientes satisfechos, variación que se atribuye a las obras de remodelación finalizadas en 1999.

La encuesta que se realiza a los pacientes atendidos en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (C.M.A.) trata de completar la información sobre los resultados que se obtienen con este tipo de atención. En los últimos años han analizado las respuestas por correo de casi 2.000 pacientes intervenidos por CMA. El 98% de los pacientes tuvo opinión positiva de la comodidad en la Unidad y, el 91% consideró que la alimentación fue adecuada. El 84% se muestra satisfecho con la atención recibida, pero un 12% de los casos afirma que no se le permitió elegir sobre el tipo de atención. El 75% de los pacientes volvería a elegir ser atendido en esa Unidad en lugar de la hospitalización tradicional, un 20% sólo si se tratara de pequeñas operaciones y un 3% no lo elegiría.

A finales del año 2002 se extendió la encuesta a pacientes atendidos en consultas externas, entregando cuestionarios a la salida de la consulta para que el paciente los devolviera en los puntos de información. El análisis de los primeros 150 cuestionarios apuntó algunos datos de interés: El 94% de los pacientes se muestra satisfecho o muy satisfecho con la atención recibida, el 72% afirma conocer el nombre del médico que le acaba de atender, el 18% opina que no se cumplen los horarios en la atención, mientras un 38% la considera puntual, el 22% tiene mala opinión sobre los trámites administrativos y sólo el 50% opinan no haber tenido problemas sobre este aspecto. Finalmente, el 76% considera adecuada la información recibida.

4.1.2. Criterio 6B: Indicadores de rendimiento

Reclamaciones formuladas por los usuarios

El número de reclamaciones presentadas en el Hospital ha aumentado desde las 514 que se presentaron en 1997 a casi el millar en los últimos dos años. Este incremento es superior al descrito para el conjunto del Insalud. Cabe destacar que durante los años 1997 al 1999, al no existir la gestoría de pacientes, los diferentes problemas que surgían a los usuarios se consignaban como reclamación verbal, sin que se gestionaran los casos previamente por el servicio de información y atención al paciente (SIAP), sino aplicando directamente el procedimiento de las reclamaciones.

Al codificar el origen de las demoras de forma homologada entre los diferentes hospitales de la región, se pudo notar que buena parte de las reclamaciones estuvieron relacionadas con “Quejas por demoras” (2000: 182; 2001: 713 y 2002: 520) y “Quejas de organización” (2000: 243; 2001: 110 y 2002: 153)

Gestoría de pacientes

Se refiere a las gestiones que, de forma sistematizada, se recogen en el SIAP sobre solicitudes y desacuerdos de los usuarios que no representan una reclamación formal. Con este servicio se intenta ofrecer una respuesta a la necesidad del usuario y eliminar su incomodidad, no permitiendo que se convierta en una reclamación. Durante los últimos tres años (2000, 2001 y 2002) han tenido un comportamiento ascendente significativo las “Gestiones por demoras” (942, 2.917 y 3.587 respectivamente); “Petición de informes médicos” (566, 1.673 y 2.723) y “Apoyo a usuarios” (907, 5.044 y 6.703)

Índices de respuesta de las encuestas.

El hospital obtiene un 40% de respuestas por correo a la encuesta post-hospitalización, cifra que se mantiene constante en los últimos años y que es consistente con el nivel de respuesta obtenido en otros hospitales.

Atención a usuarios en los puntos de información

Los puntos de información de mostrador están ubicados en Hospitalización, Consultas Externas y Servicio de Urgencias. La “Información telefónica” ha reflejado un crecimiento sostenido desde; Hospital: 111.511 y Consulta: 43.497 en el año 2000; hasta Hospital: 132.756 y Consulta: 66.100 en 2002. Los demás valores no reflejan variaciones significativas.

4.2.- Criterio 7: Resultados en las personas

4.2.1. Criterio 7A: Medidas de percepción

El hospital en estudio carecía de un sistema formal de comunicación interna y tampoco ha establecido un procedimiento destinado a conocer las percepciones que sus trabajadores tienen sobre la organización, aunque tales percepciones pueden ser expresadas por los profesionales a través de algunos grupos representativos del hospital tales como: Comisión Mixta; Junta Técnico-asistencial; Junta de Personal; Secciones sindicales; etc.

A pesar de carecer de este sistema de recogida de información, los gestores del hospital son conscientes de la importancia de este tipo de mecanismos, por lo que están comenzando a tomar medidas en dicha dirección. Hasta ahora el único antecedente en el hospital es un reciente estudio realizado entre junio y octubre del año 2002, para medir la satisfacción de los profesionales que ha consistido en una encuesta al personal de enfermería contratado para el periodo vacacional.

También es reseñable otra actuación realizada con anterioridad, en Abril de 2001, cuando se creó a través de la Comisión de Enfermería un grupo nominal cuyo objetivo fue identificar y priorizar las necesidades y estrategias de mejora de la calidad de los cuidados de enfermería en el hospital objeto de estudio. Las necesidades detectadas por este grupo de trabajo se pueden resumir en las siguientes:

1. Falta de formación e información sobre planes de cuidados;
2. Falta de formación en: técnicas nuevas, informática, etc.;
3. Falta de personal cualitativo y cuantitativo;
4. Falta de motivación e interés de los profesionales, además de una falta de apoyo por parte de las direcciones;
5. Falta de comunicación entre los miembros del equipo multidisciplinar. Solapamiento del horario en los “cambios de turno”, exceso de horas trabajadas;
6. Presión asistencial, alta rotación de pacientes y excesivos fueros de área;
7. Falta de visión global del paciente;
8. Falta de tiempo, espacio y privacidad para la comunicación con el paciente, así como un exceso de visitas;
9. Falta de hábito y de manejo en planes de cuidados;
10. Los turnos de trabajo dificultan la planificación de cuidados, trabajar en “rueda” y en el “pool”;
11. Falta de protocolos estándar adaptados a las características de cada unidad.

4.2.2. Criterio 7B: Indicadores de rendimiento

En relación a los indicadores de rendimiento que permiten al hospital anticipar o medir de forma indirecta la percepción de los profesionales, se puede afirmar que disponen de diversos tipos; los cuales pueden agruparse en dos categorías diferentes, y dentro de cada una de ellas se encuentran varios indicadores, tal como se presenta a continuación:

- Referentes a la motivación e implicación de los profesionales:
 - Implicación en equipos de mejora: durante los últimos años se ha incrementado tanto el número de equipos como de participantes. A modo ilustrativo, en el año 2002 existían 19 equipos de mejora y 228 personas implicadas en dichos grupos, mientras que en el año 2000 existían 13 equipos de mejora y 171 personas implicadas.
 - Reconocimiento a individuos y equipos, que se realiza mediante el otorgamiento de diversas distinciones y premios.
 - Formación.
- Referentes a la satisfacción de los profesionales:
 - Absentismo, puede ser considerada una forma indirecta de medición de la satisfacción laboral puesto que ambas variables se correlacionan negativamente (Kahn, 1973, pp.94; Cleeg, 1983; Stephen, 1994; Dalton y Mesch, 1991), en el caso del hospital en estudio esta ratio está incrementándose, alcanzado un valor de 7% para el pasado año.
 - Rotación del personal, entendida como una medida dirigida a aumentar la satisfacción de los profesionales y facilitando el cambio voluntario de puesto de trabajo de forma horizontal y también por promoción, para favorecer así la formación y la adecuación.
 - Adecuación a puestos de trabajo con el objetivo prioritario de garantizar al máximo la adecuación al puesto de trabajo para los profesionales con problemas de salud.
 - Autorización de Permisos sin Sueldo, que en los últimos años se ha conseguido autorizar el 100% de las solicitudes.
 - Autorización de cambios de turno y de horario laboral.
 - *Empowerment*, la delegación y asunción de responsabilidades se evidencia en la participación de los profesionales en los contratos de gestión.
 - Empleo de las instalaciones que ofrece el Hospital, por ejemplo el uso de la biblioteca de pacientes está teniendo gran aceptación por los profesionales para préstamos de libros.

También se obtiene buen rendimiento de las aulas destinadas a actividades formativas organizadas por la Asociación Cultural del hospital.

- Utilización de los servicios que ofrece el Hospital, como anticipos de salario, ayudas de guardería o de estudio, siendo esta última la más solicitada (1.008 personas en el año 2002).

Por último, los indicadores que dispone el hospital permiten conocer y mejorar el rendimiento de las personas que lo integran. Algunos de esos indicadores son los siguientes:

- Productividad: mide el rendimiento del hospital y es recogido en el subcriterio 9A.
- Formación: participación y evaluación que permite conocer y mejorar el rendimiento de las personas que lo integran. Es la efectividad de la formación.

4.3.- Criterio 8: Resultados en la sociedad

4.3.1. Criterio 8A: Medidas de percepción

El Hospital que analizamos cumplió recientemente 25 años y tiene una presencia social considerable en la importante Comunidad Autónoma donde se localiza. Este hospital presta servicio docente a la Facultad de Medicina y a la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad principal de la ciudad. Es el segundo hospital de la Comunidad Autónoma y una de sus principales empresas de servicios. Su trayectoria histórica, que nace de las antiguas clínicas de la Facultad de Medicina y Ciencias, lo sitúa como una de las instituciones asistenciales de mayor raigambre en el entorno sanitario y social de la Comunidad. Cuenta en la actualidad con más de 3.000 profesionales altamente cualificados y un significativo número de colaboradores.

Con el fin de valorar la percepción que tiene la sociedad sobre el hospital, se estimó necesario valorar, entre otros, los siguientes aspectos:

1. Actividades como partícipe de la sociedad a la que sirve: difusión de la información relevante en la comunidad; incidencia en la economía local y nacional; relación con autoridades relevantes; participación y colaboración institucional y asociaciones de pacientes y usuarios y ONGs.
2. Actividades para disminuir el impacto medioambiental: reducción del consumo energético y de agua; seguridad; políticas energéticas, de residuos y de reciclado.

Los indicadores utilizados para medir los aspectos anteriormente señalados son los siguientes:

- Número de alumnos de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud y de la Facultad de Medicina que realizan prácticas en el hospital;
- Número de alumnos de formación profesional en prácticas;
- Número de solicitudes de ensayos clínicos para realizar en el hospital y su área;
- Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en el hospital;
- Número de objetores de conciencia que han realizado la prestación sustitutoria en el hospital;
- Número de máquinas conformes a la normativa vigente;
- Consumo de kilowatios por día y coste;
- Consumo de metros cúbicos de gas por día y coste;
- Consumo de metros cúbicos de agua y coste.

De una lectura no sistemática de las noticias referidas al hospital y de las breves entrevistas mantenidas con algunos informadores clave, se deduce una percepción positiva del hospital. Debe destacarse igualmente el papel relevante que desempeñan profesionales ligados al hospital, tanto en el ámbito de la Administración Sanitaria autonómica, como en el de las organizaciones profesionales.

El análisis de los datos referidos al consumo energético y su repercusión medioambiental demuestran, tanto una preocupación por el ahorro energético, como actuaciones definidas en ese sentido. Otros indicadores que habrían contribuido a valorar mejor los aspectos evaluados en este subcriterio, pero que no han podido obtenerse con la precisión suficiente, son los siguientes:

- Nº de consultas a la página web del hospital desde el exterior;
- Artículos que hacen referencia al hospital (prensa local, nacional e internacional y publicaciones médicas);
- Opiniones de responsables políticos y sociales sobre el hospital;
- Opiniones de la población de referencia obtenida mediante técnicas grupales.

4.3.2. Criterio 8B Indicadores de rendimiento

Para valorar el producto “social” del hospital y conocer su valor añadido, se estimó que deberían considerarse los siguientes aspectos:

1. Producción científica.
 - a. Número de publicaciones.
 - b. Factor impacto.
2. Satisfacción con la atención recibida y organización de la asistencia.
 - a. Quejas documentadas de pacientes.
 - b. Premios y felicitaciones recibidas.
3. Impacto medioambiental y salud de los trabajadores.
 - a. Kilogramos por año/estancia de residuos sanitarios: grupo III (infecciosos) y grupo VI (citostáticos).
 - b. Kilogramos totales del grupo V (químicos).
 - c. Número de quejas por ruidos y olores.
 - d. Índice de frecuencia de accidentes con baja médica.
 - e. Incidencia de accidentes con baja médica.

Los indicadores utilizados para medir los mencionados aspectos son los siguientes:

- Número de publicaciones y factor de impacto de la producción científica.
- Quejas documentadas de pacientes y usuarios.
- Kilogramos por año/estancia de residuos sanitarios: grupo III (infecciosos) y grupo VI (citostáticos).
- Kilogramos totales del grupo V (químicos).
- Número de quejas por ruidos y olores.
- Índice de frecuencia de accidentes con baja médica.
- Incidencia de accidentes con baja médica.

Todos los indicadores mencionados arriba muestran una evolución que puede calificarse como positiva. Otros indicadores que hubieran contribuido a valorar mejor los aspectos evaluados en el subcriterio, pero que no han podido obtenerse con la precisión suficiente para su análisis son:

- Número de premios y distinciones recibidas por el hospital o por sus profesionales: Entre ellos pueden mencionarse, por ejemplo: Premio nacional al mejor residente del año 2002, premio Arthur Andersen al mejor trabajo innovador en la gestión hospitalaria, premio Barea (Fundación Signo) a la innovación en gestión y premio al equipo emérito de ORL (implante coclear).
- Número de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.

La creación del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, la puesta en marcha de la Comisión de Investigación del hospital y la participación de profesionales del hospital en varias Redes Temáticas

de Investigación promovidas desde el Instituto de Salud Carlos III, han permitido valorar con optimismo la tendencia de la actividad investigadora y las perspectivas futuras. La participación de los responsables y profesionales del hospital en las decisiones sobre la organización de las actividades de investigación y desarrollo, particularmente las relacionadas con la asignación de recursos personales, materiales y financieros, debería ser una de las prioridades de actuación, dado el impacto que tienen las mismas en las actividades de un hospital de finalidad docente e investigadora.

El rápido envejecimiento que sufren las instalaciones hospitalarias que se utilizan durante las veinticuatro horas del día; la aplicación de normativas de higiene y seguridad, cada día más exigentes y la preocupación de la sociedad en su conjunto y de los trabajadores en particular, obliga a que para el futuro inmediato deba potenciarse el mantenimiento de las instalaciones actuales.

Así mismo, el desarrollo de las tecnologías médicas de diagnóstico y tratamiento y un marco de actividades competitivo, debería obligar al desarrollo de actuaciones en el ámbito interno del hospital dirigidas a lograr, tanto un adecuado uso de los recursos asistenciales existentes, como la evaluación de la introducción de nueva tecnología sanitaria.

Por último, aunque la cifra de accidentes laborales puede estimarse que está dentro de los límites de normalidad, deben continuarse las actividades dirigidas a conseguir los mejores niveles de higiene y seguridad, no sólo para los trabajadores, sino también para los pacientes atendidos; con los que se comparten un número importante de riesgos.

4.4.- Criterio 9: Resultados clave

En lo que se refiere a los resultados claves del hospital pueden diferenciarse seis grandes áreas de actividad o líneas de producto¹: (1) Hospitalización, (2) Consultas externas, (3) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos, (4) Actividad Quirúrgica, (5) Urgencias, (6) Docencia e investigación. Dentro de cada una de esas líneas de producto se considera un grupo de indicadores, tanto económicos como de rendimiento y de resultados que son los que se utilizan para el seguimiento cotidiano del centro por parte de los diferentes directores, para la evaluación final del hospital por parte de los servicios y para la difusión pública de la actividad de la organización en las Memorias anuales.

De forma complementaria, se recoge una serie de indicadores de calidad en los que se incluyen algunas medidas calculadas con periodicidad anual, en muchos casos a partir de estudios específicos. Se refieren sobre todo a cumplimentación de la información clínica, seguimiento de protocolos clínicos y algunas medidas de resultados como infección nosocomial, reingresos, etc.

Por último, se consideran otros resultados globales de carácter económico que tratan de reflejar la eficiencia del centro y de relacionar el presupuesto asignado con la actividad realizada. Una vez identificados los diferentes indicadores que se han considerado a la hora de analizar los resultados clave del hospital y que están reflejados en la siguiente tabla, se procedió a destacar aquellos aspectos considerados relevantes y relacionados a cada uno de dichos indicadores previamente delimitados.

¹ Estas líneas de producto se establecen en función de los contenidos específicos recogidos en los Contratos de Gestión que el hospital en estudio firma anualmente con los Servicios Centrales.

INDICADORES UTILIZADOS PARA EVALUAR LOS RESULTADOS DEL HOSPITAL

Líneas de producto	Tipo de Indicadores		
	Económicos	De resultado	De rendimiento
Hospitalización	Coste UCH (unidad de complejidad hospitalaria)	Estancia media IEMA (índice de estancia media ajustada) Peso medio alta Mortalidad	Camas disponibles Altas Ocupación Rotación Presión de urgencias
Consultas Externas	Coste del proceso	Consultas totales Índice sucesivas primeras Demora media	Nº de primeras consultas Nº de sucesivas
Procedimientos diagnósticos y terap.	Facturación global en procedimientos extraídos	Demoras en procedimientos Nº de procedimientos	Nº de procedimientos
Actividad quirúrgica		Demoras en activos de LEQ Pacientes >6 meses en LEQ % Interv. Ambulatorias % suspensiones	Interv. prog. hospitalizac. Interv. prog. ambulatorias Interv. amb. fuera quir. Interv. urgentes Rendimiento quirúrgico
Urgencias	Coste Urgencia no ingresada	Urgencias atendidas	% Urgencias ingresadas
Docencia e investigación	Gasto total Gasto por MIR Gastos Formación	Nº de MIR año Nº especialidades con MIR Nº artículos publicados Factor de impacto	Proyectos de investigación
Indicadores de calidad		Información clínica Seguimiento de protocolos Reingresos Tasas infección nosocomial Otros	
Global	Presupuesto / Gasto Balance económico-asistencial Facturación a terceros		

5. Conclusiones

Como consecuencia de la globalización de los mercados y el incremento de la competitividad entre las empresas, cada vez mayor número de organizaciones adoptan planteamientos para mejorar su gestión basados en la filosofía de la Gestión de la Calidad Total (TQM). Entre los Modelos de Calidad aplicados por diferentes empresas y organismos oficiales destaca, por su amplia difusión en el ámbito europeo, el Modelo EFQM de Excelencia.

De esta manera, el objetivo principal de este trabajo ha sido presentar una aplicación práctica concreta del Modelo EFQM de Excelencia en un centro público hospitalario español, que pueda servir de referencia para futuras implantaciones en otros centros. Para ello, se ha realizado un trabajo de campo junto con los responsables del centro que han desarrollado el primer proceso de aproximación al modelo, de lo que resultó una primera autoevaluación del centro con base en los criterios estipulados por la *European Foundation for Quality Management*.

Como resultado último del proceso de autoevaluación se identificó una serie de puntos fuertes y débiles o áreas de mejora que resumen la situación actual de la organización. Entre las fortalezas o puntos fuertes deben destacarse, en primer lugar, la alta implicación del personal encargado del

proceso de implementación del Modelo EFQM y su alto grado de compromiso con todos los temas relacionados a la mejora continua ya la calidad. En lo que se refiere a los criterios concretos de gestión, destacan positivamente los siguientes aspectos:

1. Como hospital vinculado a la Universidad de Zaragoza contribuye a la formación de todos los médicos y ATS de dicha institución.
2. En el hospital bajo estudio se forman auxiliares de clínica, de laboratorio y Técnicos de Radioterapia de distintas entidades privadas aragonesas.
3. Se puede destacar el papel relevante que desempeñan los profesionales ligados al hospital, tanto en el ámbito de la administración sanitaria autonómica, como en el de las organizaciones profesionales.
4. La producción científica del personal del hospital, expresada tanto por el número de publicaciones como por el factor de impacto logrado, se incrementa sobre todo a nivel de publicaciones internacionales.
5. Se han reducido el consumo de energía eléctrica y gas.
6. En los últimos años, se ha realizado una importante labor en relación con la clasificación y eliminación de residuos. Se ha creado conciencia de su impacto medioambiental y se ha creado el Servicio de Prevención.
7. El centro dispone de datos que le permite calcular diversos indicadores de rendimiento que facilitan al hospital anticipar o medir, de forma indirecta, la percepción que poseen los profesionales sobre diferentes aspectos.
8. Se está implementando y desarrollando una cultura organizacional en la que el protagonismo está representado por la dirección de la política y estrategia del hospital orientado a la preocupación creciente con el nivel de satisfacción y seguridad de sus clientes internos y externos.
9. El Hospital realiza encuestas de satisfacción post-hospitalaria a sus pacientes desde hace más de 10 años y, aunque el cuerpo de la encuesta ha variado en este período, las respuestas obtenidas permiten construir bases de datos para series temporales, facilitando así el análisis del comportamiento de las variables que definen los niveles de satisfacción y establecer estándares apropiados y calibrados.
10. En las encuestas, la Dirección del hospital intenta medir objetivamente, no sólo el nivel de satisfacción, sino también conocer las expectativas futuras de los pacientes que han recibido algún servicio hospitalario, con la finalidad de conocer e implementar los mecanismos necesarios para, de una manera proactiva, mantener y aumentar los niveles de satisfacción global alcanzados en 2002 (95% entre pacientes "Muy Satisfechos" y "Satisfechos", 90% de pacientes que recomendarían el servicio sin dudarlo, etc).
11. Después del período de obras que concluyó en el 2001, las camas disponibles para hospitalización han ido aumentando año a año, manteniéndose siempre en unos índices de ocupación cercanos al 90%. Como resultado de ello, el número de altas ha aumentado más de un 12% en estos últimos cinco años, acercándose a las 29.000 altas anuales. De la misma forma, las Unidades de Complejidad Hospitalaria (UCH) han crecido en una proporción similar, ya que el peso medio se ha mantenido más o menos constante a lo largo de todo este tiempo.
12. La tendencia en la actividad de consultas externas es claramente creciente. En 2002 se han realizado más de 460.000 consultas, 20.000 más que en 1998 (4.5 %), lo que supone que se atienden a unos 1.900 pacientes. Este crecimiento se ha producido tanto en las consultas de revisión (sucesivas) como en las de primer día (primeras), aunque en mucho mayor medida en estas últimas (un 7.5 %), por lo cual el índice de sucesivas/primeras ha ido descendiendo paulatinamente.

Por el contrario, como principales áreas de mejora en el conjunto de la gestión destacan los siguientes aspectos:

1. Aumento del consumo y coste del agua, así como aumento del coste de energía eléctrica, aún a pesar de que se haya conseguido reducir su consumo. Este último incremento se debe al aumento de las tarifas eléctricas. Con respecto al consumo del agua se está analizando su causa.
2. Falta de medición precisa de algunos indicadores, entre los cuales, algunos específicamente destinados a medir el impacto social del hospital en la comunidad aragonesa y a nivel nacional.
3. Falta de conocimiento y toma de conciencia, por parte de los trabajadores, de la importancia del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Aunque la creación de este servicio y la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales suponen un importante cambio con respecto a la situación anterior.
4. El rápido envejecimiento que sufren las instalaciones hospitalarias y la aplicación de la normativa vigente de seguridad e higiene que obliga a potenciarse su mantenimiento. En esta misma línea debería potenciarse un adecuado uso de los recursos asistenciales existentes y una evaluación constante sobre la necesidad de introducción de nueva tecnología sanitaria.
5. Una de las deficiencias del centro hospitalario en estudio es la ausencia de un plan formal de comunicación interna, que permita una fluida comunicación entre sus miembros. Debe destacarse que, recientemente, se están llevando a cabo algunas iniciativas que permitirán conocer a la dirección las percepciones que tienen los trabajadores del centro.
6. El Hospital ha mantenido un déficit presupuestario histórico en el período 1998-2002.
7. La estancia media ha tenido también una evolución positiva a partir de 1999, disminuyendo desde los 9,1 días por alta en ese año, hasta los 8,4 días de 2002 (un 7,7%). Pese a este indudable logro, todavía existe un amplio margen de mejora en este indicador, puesto que el resultado del Hospital comparado con la estancia media de otros hospitales de su mismo grupo (IEMA) ha sido peor, pues el IEMA siempre ha estado por encima de uno (1) en los últimos cinco años.
8. Otros indicadores de hospitalización con una carga de información más enfocada hacia resultados en los pacientes como los reingresos, las infecciones nosocomiales o la mortalidad, no parecen mostrar ninguna tendencia y permanecen estancados en los últimos años o, en todo caso, muestran atisbos de un cierto empeoramiento.
9. El Hospital tiene un mayor índice de complicaciones y de mortalidad que la media de hospitales de las mismas características.
10. El crecimiento de la demanda está provocando un cada vez más importante problema de accesibilidad. El hospital ha terminado el año 2002 con una lista de espera de más de 21.500 pacientes pendientes de una primera visita y una demora media próxima a los 50 días. Las especialidades con mayor demanda de primeras visitas son las de dermatología, ginecología, oftalmología, traumatología, ORL y urología. Entre estas cinco especialidades acaparan cerca del 60% las primeras visitas realizadas y más del 65% de la demanda de atención primaria. Sin embargo, los principales problemas de demora afectan a cirugía vascular, oftalmología, reumatología, digestivo, alergología y neurocirugía.
11. Aunque la demora media de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos se ha reducido en los últimos años, incluso de forma notable en algunos casos, los tiempos de espera siguen siendo importantes y constituyen un verdadero punto crítico para muchos otros procesos asistenciales clave (hospitalización, consultas externas, etc.), constituyéndose en una importante limitación para mejorar la percepción de satisfacción por parte de los usuarios de los servicios.

Un importante aspecto que justifica el trabajo realizado deriva de la importancia de los procesos de autoevaluación “*per se*” aplicado a cualquier tipo organización. Algunos estudios sugieren que la autoevaluación está cada vez más integrada en la práctica empresarial habitual, lo que ha constituido al Modelo EFQM como una poderosa herramienta para evaluar y estudiar el rendimiento de todos los grupos de interés de la entidad bajo estudio. Quizás la razón más importante para que las

organizaciones inicien un proceso de autoevaluación, sea "impulsar la mejora continua" e "identificar las áreas de mejora".

Como resulta frecuente, el proceso de Autoevaluación no debe terminar al identificar las fortalezas y debilidades o áreas de mejora, por el contrario, es menester aprovechar los puntos fuertes para alcanzar mejores resultados, cualitativos y cuantitativos.

Los resultados del trabajo de García-Bernal et al. (2004) muestran que la mejora de la gestión debe ser en todos los criterios de forma simultánea ya que la adopción de un modelo de gestión de la Calidad no conlleva necesariamente la obtención de resultados superiores, si la implantación no se hace de forma integrada.

No obstante, a lo largo de todo el proceso de implantación de un Modelo de Gestión de la Calidad, debe tenerse en cuenta el problema de la continuidad, que en el sector público representa un condicionante en la mayoría de las ocasiones por la falta de continuidad de sus líderes políticos, aspecto que no depende de la organización ni de los logros alcanzados en etapas anteriores.

6. Bibliografía

- CASTELLÓ, E. y LIZCANO, J. (1997): *Costes y Gestión de Calidad. Experiencias Sectoriales*. Coordinador: Ricardo Rodríguez González. Edita AECA Monográficos. Madrid, 1997. Medición de la Calidad y Gestión de las Actividades del Sector Público.
- CLEEG, C.W. (1983): "Psychology of Employee Lateness, Absence and Turnover: A Methodological Critique and an Empirical Study". *Journal of Applied Psychology*, Vol 69, pp. 57-81.
- CROSBY, P. B. (1979): *Quality is Free*. New York: New American Library.
- DALTON, D. y MESCH, D. (1991): "On the Extent and Reduction of Avoidable Absenteeism: An Assessment of Absence Policy Provision". *Journal of Applied Psychology*, vol. 76, pp. 810-817.
- DEMING, W E (1986): *Out of the crisis*. Cambridge, MA: MIT Center for Advanced Engineering Study.
- EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (1998): *Autoevaluación 1998: Directrices para el sector público*. Club Gestión de Calidad. Madrid.
- EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (1999): *Modelo EFQM de Excelencia 1999 Sector Público y Organizaciones de voluntariado*. Club Gestión de Calidad. Madrid
- EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (1999): *El Modelo EFQM de Excelencia: Cambios*. EFQM. Madrid
- GARCÍA-BERNAL, J.; GARGALLO-CASTEL, A.; PASTOR-AGUSTIN, G.; RAMIREZ-ALESÓN, M. (2004): "Total Quality Management in Firms: Evidence from Spain". *Quality Management Journal*, vol. 11, issue 3 (forthcoming).
- GORRICHIO, J.A. (1994): Prólogo a la versión española del libro de Koch, H. (1991): *Total Quality Management en Health Care*. Longman Group UK: versión castellana: Gestión total de la calidad en la sanidad, Barcelona: SG Editores, pp. 13-15.
- HAMMETT, P. (2000): *The Philosophy of TQM. An Overview*. Disponible en <http://www.engin.umich.edu/class/eng401/003/LCNotes/phil.pdf>
- JURAN (1992): *Juran on Quality by Design: The New Steps for Planning Quality into Goods and Services*. New York: Free Press.
- KAHN, R.L. (1973): "The Work Module: A Tonic for Lunchpail Lassitude", *Psychology Today*, February 1973.
- MARTÍNEZ, A.L (1993): "Gestión de Calidad Total en la Administración Pública Española", *Información Comercial Española*, num. 724, diciembre, pp. 117-119.
- PETTERS, T.J. y WATERMAN, R.H. (1994): *En busca de la excelencia*. Barcelona: Folio
- REED, R.; LEMAK, D.J. y MONTGOMERY, J.C. (1996): "Beyond Process: TQM Content and Firm" Performance. *Academy of Management Review*, vol.21, nº 1, pp. 173-201
- RODRÍGUEZ, A. (2001): "El Modelo EFQM aplicado a centros de salud". Centro de Salud, noviembre, páginas 549-551

- SCHUMPETER, J.A. (1942): *Capitalism, Socialism, and Democracy*. New York: Harper & Row, (Versión española en Aguilar, Madrid, 1968)
- SCHUMPETER, J.A. (1951): *Essays on economic topics of J.A. Schumpeter*. Cambridge: Cambridge University Press.
- SPENCER, B. (1994): "Models of Organization and Total Quality Management: A Comparison and Critical Evaluation". *Academy of Management Review*, vol.19, nº 3, pp. 446-471
- STAHL, M.J. y GRIGSBY, D.W. (1997): *Strategic Management: Total Quality and Global Competition*. Blackwell Business
- STEPHEN, R. (1994): *Comportamiento Organizacional*. Prentice Hall.
- TAYLOR, F. W. (1911): *The Principles of Scientific Management*. Ediciones Orbis, S.A. Madrid.
- WALDMAN, D.A. (1994): "The Contributions of Total Quality Management to a Theory of Work Performance". *Academy of Management Review*, vol.19, nº3, pp. 519-536
- WILKINSON, A.; REDMAN, T. y SNAPE, E.Y. (1998): *Managing with Total Quality Management. Theory and Practice*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire RG21 6XS and London: McMillan Press Ltd.

Ana Isabel Zardoya Alegría



Doctora en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad de Zaragoza. Profesora Titular del Departamento de Contabilidad y Finanzas de la misma Universidad. Sus líneas de investigación actuales giran en torno a la casuística de los precios de transferencia y a los modelos de gestión de la calidad y su aplicación en organismos del sector público. Imparte clases de Contabilidad de Gestión en diferentes titulaciones y cursos de posgrado y actualmente imparte un curso de doctorado sobre Contabilidad de Gestión en el entorno internacional en la citada Universidad. Es autora de libros y artículos publicados en diversas revistas, así como de ponencias y comunicaciones defendidas en congresos y jornadas nacionales e internacionales.

Iván Ricardo Guevara Graterón



Profesor Asociado en Dedicación Exclusiva de la Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" -U.C.L.A.- Venezuela. Licenciado en Contaduría Pública; Magíster en Contabilidad y Finanzas por la Universidad de Sao Paulo - Brasil y Master en Auditoria por la Universidad de Zaragoza. Actualmente realiza Doctorado en Contabilidad en la Universidad de Zaragoza, encontrándose en fase de realización de la tesis doctoral, enfocada al estudio del nivel de preparación de los hospitales públicos españoles para la implementación de modelos de gestión de la calidad como el EFQM. Ha sido autor de diversos trabajos de investigación, artículos especializados y comunicaciones presentadas en congresos nacionales e internacionales.



Javier García-Bernal

Ha sido Profesor Asociado del Departamento de Economía y Dirección de Empresas de la Universidad de Zaragoza y actualmente es investigador en formación del programa F.P.I. del Ministerio de Ciencia y Tecnología. Es licenciado en Administración y Dirección de Empresas por la Universidad de Zaragoza y Master en Dirección de Recursos Humanos por la Escuela Internacional de Negocios CEREM (Madrid). Sus principales áreas de interés son la Gestión de la Calidad Total, el Diseño Organizativo, la Gestión de Recursos Humanos y la Teoría de los Costes de Transacción. Sus trabajos han sido aceptados en varios congresos nacionales e internacionales.



Mercedes Marzo Navarro

Profesora Ayudante del Departamento de Economía y Dirección de Empresas de la Universidad de Zaragoza. Es licenciada en Administración y Dirección de Empresas por dicha Universidad, y actualmente está realizando su tesis doctoral sobre temas relacionados con la calidad universitaria en dicho departamento. Es autora de diversas comunicaciones presentadas a congresos nacionales e internacionales, así como de artículos relativos al marketing de relaciones y la calidad educativa. Tiene publicaciones en diversas revistas tanto nacionales como internacionales.