



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE MEDICINA**

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO

MAESTRÍA EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD

***EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE TEZIUTLAN A
TRAVÉS DEL MODELO EFQM (EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY
MANAGEMENT) DURANTE EL PERIODO ENERO- MARZO 2016.”***

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

Presenta:

MARISOL LOZADA MARTÍNEZ

DIRECTOR DE TESIS:

M.A CARLOS OMAR MUÑOZ GUARNEROS

CO-DIRECTOR:

D.C IRMA PEREZ CONTRERAS

REVISOR:

M.A.S.S. LIS ROSALES BÁES

M.S.P. MIGUEL ÁNGEL ENRÍQUEZ GUERRA

FECHA Y LUGAR

NOVIEMBRE 2016 PUEBLA.PUE



INDICE

a) ANTECEDENTES GENERALES.....	3
b) ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.....	7
c) JUSTIFICACIÓN.....	13
d) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
e) OBJETIVOS	
• GENERALES.....	14
• ESPECÍFICOS.....	14
f) HIPÓTESIS.....	14
g) MATERIAL Y MÉTODOS	
• DISEÑO DEL ESTUDIO.....	15
• POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	15
• CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	15
• CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	15
• OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	16
• RECOLECCIÓN DE INFORMACION.....	19
h) MÉTODOS PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	19
i) ASPECTOS ÉTICOS.....	20
j) RESULTADOS	21
k) DISCUSIÓN	35
l) CONCLUSIONES.....	42
m) PROPUESTAS.....	45
n) REFERENCIAS	46
o) ANEXOS.....	52

A. ANTECEDENTES GENERALES

El estudio y la evaluación de la calidad asistencial en los Servicios de Salud se inició a mediados del siglo pasado con la propuesta de Avedis Donabedian (1919-2000) quién definió por primera vez el llamado Proceso Asistencial, como un continuo que dividió en: *Estructura, Proceso y Resultado*, y expuso los métodos para su evaluación en su trabajo “Evaluación de la calidad de la atención Médica”, publicado en 1966. ^{[1][2][3][4]}

En Estados Unidos de Norteamérica en 1951, un conjunto de asociaciones y colegios médicos promovieron la creación de la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, con el propósito de determinar estándares cuyo cumplimiento a través de evaluación externa permitiera asegurar específicamente una atención médica de calidad. En los años siguientes en México se desarrollaron diversas herramientas metodológicas de gestión de calidad en servicios de salud propuestos por el Consejo General de Salubridad.

A nivel empresarial se acuñó el término de “Calidad Total” el cual alude a la calidad de todos y cada uno de los elementos y, como consecuencia se diseñaron cuadros de mando con gran cantidad de indicadores a medir y estándares a cumplir. ^{[2][6][7]}

En México desde 1962 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) instauró un documento llamado “Auditoría Médica”, basada en la búsqueda de mejora de la calidad. Desde sus inicios y con base en el expediente clínico el IMSS indaga la forma de evaluar sus servicios, por tanto sus resultados y procesos. Para 1972 esta “Auditoria Médica” evolucionó a la llamada “Evaluación Médica” tomando como base de evaluación el expediente clínico, ya como arma medible de los buenos o malos resultados manejados hasta el momento. Esto dio paso a formar dentro de las unidades médicas, comités y subcomités enfocados a la evaluación de la misma. ^{[3][8][9]}

A partir de 1981 se estableció una evaluación enfocada a la teoría de sistemas, mediante el análisis de la estructura disponible dedicada a otorgar la atención médica, el proceso mismo de la atención y sus resultados. Para 1983 la Secretaría de Salud coordinó un grupo de evaluación inter-institucional los cuales establecieron las bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud, cuyo contenido corresponde al Sistema de Evaluación integral de las Unidades médicas. Surge de la necesidad de mejorar la calidad con la que se otorga la prestación de los servicios de salud, por lo que dicho grupo se avocó a realizar una metodología que permitiera crear mecanismos y procedimientos para valorar la calidad de los servicios que se otorgan en las instituciones prestadoras de salud. El objetivo primordial de estas bases como tales: ser el instrumento integral para el diagnóstico situacional operativo de las unidades de atención médica con base en la aplicación de un instrumento uniforme de evaluación y autoevaluación. ^{[8][9][10][11]}

A finales de la década de 1950, se realiza el primer esfuerzo por una institución para la evaluación de la calidad en el país, al realizar las primeras auditorías médicas por parte de Instituto Mexicano del Seguro Social. Sin embargo es hasta finales de 1990 cuando realmente comienza un movimiento importante enfocado en la calidad de los servicios de salud. ^[17]

En 1997 la Secretaría de Salud inició el Programa de Mejora Continua de la Calidad de la Atención Médica, que hasta el 2000 se implantó en 28 estados de la república. Esto como antecedente para que la misma Secretaría de Salud implementara la certificación para hospitales “amigos de la madre y el niño” y la certificación de jurisdicciones sanitarias. A través del Consejo General de Salud se inició en 1999 un proceso de certificación general de hospitales, dando buenos resultados cuantitativos, pero malos resultados cualitativos. ^[17]

En países europeos debido al cambio en las condiciones del marketing y el incremento intensivo de la competición corporativa nace el Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad EFQM (European Foundation for Quality Management), [6] [23] [25] [27] concebida para la mejora de la calidad bajo el eslogan: *“Being stimulus of sustainable excellence”*.

Actualmente las experiencias de evaluación mediante el modelo EFQM se dan principalmente en países de Europa, así mismo se ha implantado en América latina en países como Colombia y Venezuela. [6] [23] [27]

Los esfuerzos realizados en América latina para la evaluación de la calidad se han dado en diferentes países, tal es el caso de Venezuela y Colombia con la aplicación del modelo propuesto por países europeos EFQM, un ejemplo de ello fue la aplicación de dicho modelo a la sociedad venezolana de gastroenterología para evaluar la gestión 2006-2008 mediante la autoevaluación a la junta directiva buscando las fortalezas y aspectos a mejorar, de los cuales el mejor calificado fue el de alianzas y recursos y en resultados de los 4 aspectos analizados con puntuaciones mayores de 80% y sólo el resultado en personas se calificó con un 55% , en general significó una buena puntuación la cual puede mejorarse con rumbo a la excelencia que se debe tener en cada institución.

En Europa la utilización del modelo EFQM en el ámbito médico lo tenemos en la unidad de psiquiatría de adolescentes del hospital Gregorio Marañón en Madrid, España, en este caso permitió plantear la necesidad de realizar un programa de mejora en la calidad a dos años de la fundación de dicha institución, tomando como grupo piloto a esta Unidad. Se realizó un proceso de autoevaluación utilizando el modelo EFQM, sus principales pasos fueron la creación del equipo evaluador y formación, redacción de una memoria, la autoevaluación para posteriormente con los resultados definir iniciativas de mejora y planes de acción para finalizar en la puesta en marcha de dichas iniciativas. Dentro de los resultados obtenidos inicialmente se tuvieron un total de 208 puntos con un 21% del total esperado con mayor porcentaje en criterios agentes que en los criterios de resultados sin

embargo el objetivo principal al realizar la autoevaluación fue identificar los puntos fuertes y débiles de la organización para, a partir de ahí, establecer planes de acción, durante la autoevaluación se identificaron un total de 69 puntos fuertes y 50 iniciativas de mejora de las que resultaron 8 planes de acción en los que trabajarían en los siguientes años. Con su experiencia se evidenció que es posible aplicar el modelo en el campo de la salud en una unidad hospitalaria.

Otra experiencia en Europa fue la realizada en servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario “La Paz” en Madrid, España., se realizó la autoevaluación mediante la aplicación de una adaptación al sector sanitario del Modelo Europeo de Calidad. El periodo de estudio comprendió el 2001 y la evaluación se realizó en el segundo trimestre del 2002. Primeramente se presentó el modelo y se dio la información correspondiente así como la determinación de las herramientas de trabajo y la definición de conceptos al personal implicado, se realizó la sesión de autoevaluación así como las sesiones de análisis y puesta en acción del equipo evaluador determinando los puntos fuertes que en este caso fueron 58 y las áreas de mejora 37 en total., posteriormente se realizaron las propuestas de mejora en un documento estratégico que sirvió de base para discutir las acciones de mejora a implantar . Se destaca la diversa problemática encontrada durante el proceso así como los sesgos en los resultados obtenidos por lo que aunque es aplicable a un servicio de oncología Médica en este caso en particular resultó deseable disponer de indicadores de calidad estandarizados para una evaluación más objetiva y específica. Sin embargo independientemente de ello se enfatiza que esta forma de autoevaluación es una buena vía para discutir entre todos sus componentes de una forma sistematizada, la situación del servicio e identificar lo que se hace bien y aquello susceptible de mejora, recalcando la necesidad de realizarlo con periodicidad para evaluar si efectivamente se está mejorando y como se puede seguir haciéndolo. [21], [22], [23]

B. ANTECEDENTES ESPECIFICOS

De la diversa gama de modelos para la evaluación de un sistema contamos con los de Beveridge, Bismark, Modelo del seguro privado o americano, entre algunos otros los cuales evalúan la calidad de servicios de salud.^[19]

SITUACIÓN EN MÉXICO

De los principales problemas del sistema de salud en México son la persistencia de problemas conocidos en materia de salud y la aparición de riesgos emergentes asociados a la producción de enfermedad, así como el resurgimiento de enfermedades de índole infecciosa o recurrentes debido a un mal manejo. Los índices de mortalidad en neonatos, enfermedades transmisibles por vectores, enfermedades infecciosas como tuberculosis o VIH/SIDA, toxicomanías, enfermedades metabólicas, Hipertensión arterial, o neoplásicas también nos sirven como indicadores del progreso, resultados y procesos de los cuales forma parte la gestión de calidad.^[20]

SISTEMA ISO 9000

Otra forma de modelo de gestión surgió en 1947 llamada ISO (International Organization for Standardization) como una necesidad de la industria para unificar las normas internacionales para asegurar y certificar la calidad de los procesos de producción de una empresa y estar en condiciones de garantizar la calidad de los artículos que se producen. Para el Sistema ISO la organización formal de los servicios es el elemento fundamental. Los procesos deben estar documentados en el Manual de Organización, en los diferentes manuales de procedimientos que la integran. En 1999 como parte del Programa de Calidad, el Instituto Mexicano del Seguro Social implantó y ha aplicado anualmente el “Premio IMSS de Calidad” basado también en los preceptos de la calidad total y del Sistema ISO. Los errores médicos no son la excepción de la calidad eficiente, ya sean por mala calidad de insumos, deficiencia en los procesos, errores humanos propios o debidos a la organización.^{[11][12]}

El sistema de Evaluación y Mejoramiento Continuo de Calidad de la Atención médica incluye en sus primeros cuatro capítulos, aspectos compartidos con el Sistema ISO como los recursos físicos, el personal, el material de consumo y la organización, para continuar con el proceso y resultados de la atención en materia de salud y en materia de satisfacción de los usuarios. En éste se evalúan siete capítulos ^[11]

1. Recursos financieros: en cuanto a su suficiencia , mantenimiento y funcionalidad
2. Material de consumo: en cuanto a suficiencia, oportunidad en suministro y calidad
3. Personal: desde la selección, suficiencia, competencia profesional, capacitación y actualización.
4. La organización: disponibilidad de un diagnóstico situacional actualizado, de un programa de trabajo: existencia, disponibilidad, y conocimiento de las normas y manuales de la organización.
5. El proceso de la atención: centrado en el paciente, seguro, realiza con competencia profesional y apego a los principios éticos de la práctica médica
6. Los resultados: de la atención en materia de salud, en cuanto a la curación, control o mejoría de los padecimientos.
7. La satisfacción de los usuarios y prestadores de servicio: por haber alcanzado sus expectativas, con relación a la atención recibida o al desempeño de su trabajo respectivamente.

INDICADORES DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

De manera general, los indicadores de calidad de la estructura, o indicadores de estructura, miden la calidad de las características del marco en que se presentan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos. Los indicadores de calidad de proceso miden de forma directa o indirecta la calidad de las actividades llevadas a cabo durante la atención al paciente. Finalmente los indicadores basados en

resultados miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención. ^[13]

Criterios para su construcción

La construcción de un indicador es un proceso de complejidad variable que va desde el recuerdo directo, hasta el cálculo de proporciones, razones, tasas, índices más sofisticados. La calidad de un indicador depende fuertemente de la calidad de los componentes, de frecuencia de casos, tamaño de población en riesgo utilizado en su construcción, así como de la calidad de los sistemas de información, recolección y registro de tales datos: validez, confiabilidad especificidad, sensibilidad, mensurabilidad, relevancia, costo-efectividad y sencillez. ^[13]

Indicadores usados rutinariamente dentro de la Secretaría de Salud

Algunos indicadores de servicios de salud han sido empleados dentro de la Secretaría de Salud (SESA) como parte de sus actividades regulares, con el fin de monitorear el desempeño de los servicios.

Indicadores usados en el ámbito hospitalario: ^[13]

- Promedio diario de intervenciones quirúrgicas por quirófano
- Porcentaje de ocupación hospitalaria
- Promedio de días de estancia hospitalaria
- Porcentaje de partos por cesárea
- Razón de médicos por cama censable

Indicadores usados en el ámbito de los centros de consulta externa. ^[14]

- Promedio de consultas por consultorio
- Porcentaje de embarazadas
- Promedio de consultas prenatales
- Porcentaje de consultas por infección respiratoria aguda
- Porcentaje de pacientes controlados con hipertensión arterial

Cabe destacar que los indicadores no son únicos, cada unidad hospitalaria o centro de salud debe determinar aquellos indicadores que implementará dadas sus necesidades particulares. [14]

Parámetros de medición de la calidad en la prestación de servicios

Existe un consenso en que uno de los atributos que contribuye a determinar la posición y liderazgo de las organizaciones, en un contexto globalizado y tecnológicamente avanzado es la calidad del producto o servicio que ofrecen. [14]

La idea de calidad de la atención en salud suele ser distinta dependiendo de la óptica de quién la conciba, así el gerente o el administrador de centro asistencial tendrá una percepción diferente a la que pueda tener el usuario-paciente, o incluso de la que aplique el profesional de la salud. Esta idea de calidad responde a una visión tanto histórica como institucional y también a la perspectiva de quienes o para quienes se defina. [15]

Según Arellano [1996] la percepción es el proceso por el cual un individuo selecciona, organiza e interpreta los estímulos para integrar una visión significativa y coherente del mundo que lo rodea. Los usuarios toman decisiones basándose en lo que perciben, más que sobre la realidad objetiva.

Las dimensiones de la calidad de servicios son factores o criterios en los que se basan los consumidores para evaluar la calidad de los servicios [Llorens y Fuertes, 2006]. En el diseño del instrumento para corroborar la percepción del usuario-paciente es indispensable la definición de indicadores de estructura, de proceso o de resultados establecidos de los estándares respectivos para medir la calidad del servicio. De acuerdo con Malagon-Londoño en un servicio de salud se consideran parámetros de calidad: puntualidad, presentación personal, prontitud en la atención, cortesía, amabilidad, respeto, trato humano, diligencia para utilizar medios de diagnóstico, agilidad para identificar el problema, destreza y habilidad para solucionarlo, efectividad en los procedimientos, comunicación con el usuario y su

familia, interpretación del estado de ánimo de los usuarios, capacidad profesional, ética, equidad, presentación física de las instalaciones, presentación adecuada de los utensilios y elementos, educación continua del servicio y usuarios.^[15]

Medicina Interna y Calidad

La Medicina Interna como garante de la integridad de atención de los servicios de salud hospitalarios tiene una gran tradición en cuanto a las necesidades globales de los pacientes regidos por un principio: “ninguna enfermedad o problema clínico en el adulto es ajeno a su incumbencia y responsabilidad” ^[11] ^[18]

El servicio de medicina interna tiene como misión la atención integral especializada de los enfermos con atención especial a los procesos médicos que afectan más frecuentemente a la población adulta. ^[11] ^[18] Y este debe contar con habilidad integradora, interés por la epidemiología y la prevención, así como el contenido docente e investigador, todo ello dentro de un contexto ético, de calidad y de seguridad. Para diseñar este servicio se debe contarse con un análisis comparando los indicadores de estructura demográfica del área asignada considerando los índices como el porcentaje de mujeres en edad fértil, ancianos dependientes, y como tal el envejecimiento poblacional entre otros. ^[11]

Para un análisis de respuesta a los objetivos planteados por la institución contamos con el análisis de la casuística atendida en la hospitalización, contado con los siguientes indicadores: Grupos Relacionados con el Diagnostico (GRD) y Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Patologías como insuficiencia respiratoria, cardiaca o accidente cerebro vascular son los GRD más frecuentes. Gestionar significa planificar para posteriormente organizar, dirigir y controlar lo previsto, sin olvidar que el indicador más importante es la opinión de satisfacción de los usuarios la cual nos da perspectivas más claras del rumbo de nuestra empresa/hospital. ^[10]^[19]

Los nuevos indicadores de calidad como lo son la Estancia Media Ajustada (EMA) es la más indicada para evaluar la casuística con el estándar elegido para la evaluación. Otro indicador deriva de los GRD, las Unidades de Producción

Hospitalaria (UPH) con lo cual se calculan los costes del hospital. Estos y otros más indicadores ayudan a ajustar las medidas para establecer institutos de gestión clínica. ^[19]

Aparece a fines del siglo pasado el Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM: European Foundation for Quality Management), inicialmente concebida para la mejora de la calidad, en realidad constituye una herramienta útil para la gestión completa de toda la empresa, ya sea esta grande, mediana o pequeña. ^{[6] [23] [27]}

El EFQM fue introducido en 1991 y consta de nueve criterios, los cinco primeros son agentes (liderazgo; personas; estrategias; alianzas y recursos; y procesos), los 4 siguientes son Resultados (en profesionales, en datos obtenidos en evaluaciones, con el aprendizaje, con la creatividad y la innovación). ^{[6] [23] [27]}

El eje central del modelo EFQM lo constituyen procesos y la llamada gestión por procesos, que constituye un paradigma en la concepción de la organización y gestión hospitalaria, que se contrapone al modelo de organización tradicional, el nuevo modelo de excelencia ^{[6] [27]}. Los conceptos fundamentales de la excelencia en la gestión son la base para describir las características de una cultura de gestión excelente. Todos los conceptos son igual de significativos: la importancia de cada uno de dependerá de la situación actual de cada organización y de su proyecto estratégico. Se da una relación directa y coherente entre ellos y los 32 sub-criterios del modelo. El modelo hospitalario tradicional está estructurado en base a los profesionales y a los recursos donde existe separación entre el área asistencial y la administrativa de gestión, y donde también están separadas las áreas médica y de enfermería, que actúan en paralelo. Por el contrario el modelo de excelencia está orientado a los pacientes y a los procesos, favorece la integración de diferentes profesionales. ^{[2] [5] [6] [7]}

El principio de la calidad total en la gestión es la base del EFQM, el cual siempre debe actualizarse, considerando resultados obtenidos en periodos de tiempo determinados, esto con la finalidad de evaluación en el cumplimiento de

metas. ^{[6][27]} La logística del modelo: RADAR, permite hacer una retrospectiva del método y de la funcionalidad en la aplicación a la estructura de determinada empresa, como objetivos de RADAR ^[27] tenemos:

- Determinar resultados, enfocándose en el asesoramiento de las tendencias y finalidades de la empresa
- Planear y desarrollar una estrategia para obtener resultados
- Asesorar y revisar las mejoras mediante monitorización y análisis de resultados previos.

C. JUSTIFICACIÓN

Sin datos diagnósticos de cómo se encuentra la calidad en el servicio de Medicina Interna no se podría plantear una propuesta de mejora encaminada a la problemática derivada del servicio del Hospital bajo estudio. Al contar con una evaluación diagnóstica nos permitirá dirigir de manera eficiente acciones tendientes a la mejora de la calidad de la atención, ayudando a dilucidar la eficacia y la eficiencia con la que se presta la atención así como la efectividad que se tiene y el impacto a la población, así mismo servirá de apoyo para identificar las debilidades de dicho servicio y fortalecerlo creando un plan de mejora continua generando una prestación de servicios de salud de mayor calidad.

D. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los servicios hospitalarios el área que corresponde a los servicios otorgados por Medicina Interna es considerada de vital importancia debido a que se atienden pacientes con múltiple comorbilidad y debido al incremento de la población adulta con complicaciones propias de padecimientos crónicos cada vez

es mayor la población usuaria de este tipo de servicios. Por lo anterior la atención brindada debe ser con altos estándares de calidad motivo por el cual el detectar las posibles áreas de mejora se convierte en un punto esencial por lo que además de los estándares clásicos de la secretaria de salud que evalúan los servicios de calidad en salud, la introducción de un modelo diferente podría aportar mayores beneficios en la atención debido a que se pretende determinar las áreas en las cuales se está teniendo el menor desempeño y a partir de ello buscar las áreas de mejora.

E. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de la atención médica del servicio de Medicina Interna del Hospital General de Teziutlán mediante la aplicación de estándares del Modelo Europeo de Excelencia (EFQM) ^[6] ^[23] ^[27].

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar las dimensiones, liderazgo, políticas, personas, alianzas, recursos, procesos y resultados de clientes, personas, en sociedad, y resultados clave mediante el cuestionario propuesto (EFQM) ^[27] en el personal del servicio de Medicina Interna bajo estudio.

F. HIPOTESIS

La calidad de la atención del servicio de Medicina Interna a través del modelo EFQM adaptado a los servicios de salud es medianamente adecuada en las dimensiones propuestas a evaluar.

G. MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio de tipo observacional, transversal, diagnóstico.

POBLACIÓN DEL ESTUDIO

- Participó el personal que actualmente labora en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Teziutlán., se incluyeron a 3 médicos especialistas, 1 Médico general, 9 Internos de pregrado, 19 licenciados en enfermería de los cuales 2 son jefes de piso, 8 enfermeras generales, 9 técnicos profesionales y 1 auxiliar de enfermería.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

DE INCLUSIÓN.

- Personal operativo en función tanto en semana como en fin de semana que aceptaron participar en la evaluación de los indicadores.
- El personal encuestado tiene nombramiento de base o contrato en las diferentes categorías incluidas.
- La antigüedad tomada como mínima fue de 6 meses en la Institución.

DE EXCLUSIÓN

Se excluyó a personal que no aceptó participar en la encuesta.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	ESTADISTICA
Liderazgo	Cómo los directivos y mandos intermedios 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, implicándose personalmente para conseguir que el sistema de gestión de la organización se desarrolle e implante	De acuerdo a las respuestas de los siguientes ítems del cuestionario propuesto. 1. Las personas líderes desarrollan y comunican la Misión, Visión, Valores y Cultura de la unidad, actuando asimismo como ejemplo para los demás. 2. Los líderes estimulan y animan la asunción de responsabilidades, la autonomía en el trabajo, la creatividad, la innovación, el compromiso con la calidad y el trabajo en equipo entre las personas que trabajan en la Unidad. 3. Los líderes se implican directamente en la identificación, priorización e implantación de las mejoras en la Unidad. 4. Los líderes adaptan la estructura de la organización para facilitar la consecución de política, estrategia, planes y objetivos de la unidad. 5. Los líderes se implican personalmente en el desarrollo e implantación de un sistema de gestión por procesos adecuado en la Unidad. 6. Los líderes se implican directamente en comprender y dar respuesta a las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés de la Unidad. 7. Los líderes son accesibles para el personal de la unidad y lo demuestran por ejemplo escuchando de manera activa, respondiendo a las necesidades y siendo fuentes de inspiración y cohesión. 8. Los líderes motivan, apoyan y facilitan recursos a las personas de la Unidad para que participen en actividades de mejora. 9. Los líderes se implican en la identificación de los cambios que es necesario introducir en la Unidad y lideran su desarrollo, garantizando su eficiencia y su impacto favorable en los diferentes grupos de interés. 10. Los líderes comunican los cambios y la razón de los mismos al personal y a los demás grupos de interés.	Cualitativa	Nominal	Porcentajes, tablas, gráficas
Políticas y estrategias	Cómo implanta la organización su misión y visión mediante una estrategia claramente centrada en todos los grupos de interés y apoyada por planes, objetivos, metas y procesos relevantes	De acuerdo a las respuestas de los siguientes ítems del cuestionario propuesto. 1. La unidad recoge y analiza la información necesaria para definir y comprender los ámbitos de actuación en los que opera, tanto en la actualidad como en el futuro. 2. La unidad recoge y analiza la información necesaria para identificar, comprender y anticipar las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés. 3. La unidad analiza la información que se desprende de sus indicadores de rendimiento y de las actividades de aprendizaje. 4. La unidad analiza las experiencias y resultados de otras administraciones públicas y organizaciones comparables, especialmente de aquellas consideradas como las mejores. 5. La unidad define y desarrolla, al nivel que le corresponde, su política y estrategia de manera coherente con su misión, visión, las directrices procedentes de las unidades jerárquicas superiores, la información disponible y las capacidades propias y de sus aliados. 6. La unidad implanta los procesos clave necesarios para hacer realidad su política y estrategia. 7. La unidad despliegue y comunica su política y estrategia mediante planes, objetivos, metas... en todos sus niveles relevantes. 8. La unidad actualiza su política y estrategia en función de su eficacia y de los cambios internos y externos.	Cualitativa	Nominal	Porcentajes, tablas, gráficas

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	ESTADISTICA
Personas	Cómo gestiona, desarrolla y aprovecha la organización el conocimiento y todo el potencial de las personas que la componen, tanto a escala individual, como de equipos o de la organización en su conjunto; y cómo planifica estas actividades en apoyo de su estrategia y del funcionamiento eficaz de sus procesos	De acuerdo a las respuestas de los siguientes ítems del cuestionario propuesto. 1. Los planes para la gestión del personal están alineados con la política, estrategia y objetivos de la Unidad. 2. Se garantiza que el personal posee los conocimientos y las competencias necesarios para el desempeño de sus funciones. 3. La Unidad contribuye al desarrollo profesional de su personal. 4. El personal de la Unidad trabaja en equipo. 5. El personal y los equipos de trabajo cumplen los objetivos marcados. 6. El personal de la Unidad participa en actividades de mejora a nivel individual y a nivel de equipo. 7. El personal se implica en las actividades organizadas por la Unidad. 8. Los canales de comunicación tanto horizontal como vertical, satisfacen las necesidades del personal de la Unidad. 9. El conocimiento y las mejores prácticas están disponibles para todo el personal que lo necesita. 10. Se reconoce y recompensa los logros del personal y de los equipos de trabajo. 11. El personal está concienciado e implicado en temas de seguridad e higiene laboral, medio ambiente y responsabilidad social*.	Cualitativa	Nominal	Porcentajes, tablas, gráficas
Alianzas y recursos	Cómo planifica y gestiona la organización sus alianzas externas y sus recursos internos en apoyo de su estrategia y del funcionamiento eficaz de sus procesos	De acuerdo a las respuestas de los siguientes ítems del cuestionario propuesto. 1. La Unidad identifica colaboradores potenciales y establece relaciones de alianza con ellos. 2. Mediante las relaciones de alianza con los colaboradores, la Unidad mejora tanto sus resultados clave como sus productos y/o servicios. 3. La Unidad gestiona sus recursos económicos y presupuestarios teniendo en cuenta su política y estrategia, y contemplando tanto las necesidades a corto, medio y largo plazo como la evolución del entorno. 4. La Unidad gestiona el mantenimiento y uso de sus edificios, equipos y materiales optimizando su rendimiento y garantizando su seguridad. 5. La Unidad minimiza los impactos negativos que pueda tener su actividad en su personal, en el medio ambiente y en la sociedad en general. 6. La Unidad identifica, evalúa y utiliza las nuevas tecnologías con el fin de mejorar su rendimiento y sus productos y/o servicios. 7. La Unidad asegura el acceso rápido de la información pertinente a todos los grupos de interés. 8. La Unidad garantiza la seguridad e integridad de la información.	Cualitativa	Nominal	Porcentajes, tablas, gráficas

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	ESTADISTICA
Procesos	Cómo diseña, gestiona y mejora la organización sus procesos para apoyar su política y estrategia y para satisfacer plenamente, generando cada vez más valor, a sus clientes y otros grupos de interés	De acuerdo a las respuestas de los siguientes ítems del cuestionario propuesto. 1. La Unidad identifica y diseña adecuadamente los procesos necesarios para hacer realidad su misión, visión, política y estrategia y satisfacer a sus distintos grupos de interés. 2. Se aplican los principios de la gestión por procesos y, en su caso, los estándares de gestión más adecuados (de calidad, medio ambiente, etc.). 3. Se han establecido sistemas de seguimiento y medición de todos los procesos que permitan evaluar su capacidad para cumplir los resultados planificados. 4. Se identifican sistemáticamente las oportunidades de mejora en los procesos, se priorizan y se llevan a cabo. 5. Se comunican los cambios en los procesos al personal y demás grupos de interés afectados. Se asegura que todo el personal recibe la formación e información necesarias para implantar los cambios con éxito. 6. Los productos y/o servicios están diseñados adecuadamente para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes de la Unidad. 7. Para cada uno de los productos y/o servicios de la Unidad, se han definido los compromisos con el cliente y se han implantado metodologías para el seguimiento del cumplimiento de los mismos. 8. La Unidad tiene definidos procesos adecuados de atención, comunicación y promoción de sus productos y/o servicios. 9. La Unidad gestiona la información procedente de las sugerencias, reclamaciones y encuestas de sus clientes.	Cualitativa	Nominal	Porcentajes, tablas, gráficas
Resultados en clientes	Qué logros está alcanzando la organización en relación con sus clientes externos	De acuerdo a las respuestas de los siguientes ítems del cuestionario propuesto. 1. La unidad dispone de medidas de la percepción de sus clientes y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción. 2. La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a sus clientes y alcanza resultados excelentes respecto a dichas medidas.	Cualitativa	Nominal	Porcentajes, tablas y gráficas
Resultados en personas	Qué logros está alcanzando la organización en relación con las personas que la integran	De acuerdo a las respuestas de los siguientes ítems del cuestionario propuesto. 1. La unidad dispone de medidas de la percepción de sus personas y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción. 2. La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a sus personas y alcanza resultados excelentes respecto a dichas medidas.	Cualitativa	Nominal	Porcentajes, tablas y gráficas
Resultados en sociedad	Qué logros está alcanzando la organización en relación con la sociedad	De acuerdo a las respuestas de los siguientes ítems del cuestionario propuesto. 1. La unidad dispone de medidas de la percepción de la sociedad y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción. 2. La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a la sociedad y alcanza resultados excelentes respecto a dichas medidas.	Cualitativa	Nominal	Porcentajes, tablas y gráficas
Resultados clave	Qué logros está alcanzando la organización en relación con el rendimiento planificado	De acuerdo a las respuestas de los siguientes ítems del cuestionario propuesto. 1. La unidad dispone de medidas de los resultados clave su rendimiento y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción. 2. La unidad dispone de indicadores clave del rendimiento de la Unidad y alcanza resultados excelentes respecto a dichas medidas.	Cualitativa	Nominal	Porcentajes, tablas y gráficas

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El Instrumento para la evaluación de la calidad del servicio utilizado y validado por Andreo Martínez JA en el artículo “Gestión de calidad en Medicina Interna desde Pareto al EFQM” [6] [23] [25] [27] con la utilización de dicho modelo concebido inicialmente para la mejora de la calidad como una herramienta útil para la gestión completa. El Esquema del modelo se compone de 9 dimensiones siendo los 5 primeros agentes facilitadores necesarios para la obtención de los 4 últimos que son resultados. Las dimensiones a analizar son: liderazgo, políticas, personas, alianzas, recursos, procesos y resultados de clientes, personas, en sociedad y claves. [6] [23]

Para enfocar la aplicación del modelo en la gestión de calidad dentro de Medicina Interna se consideró a esta en sus vertientes como disciplina o especialidad científica y como unidad de prestación de servicios. Para la aplicación del modelo en el campo de la medicina interna se tuvieron que analizar distintos criterios del modelo definiendo en cada uno la situación actual de la institución en sus distintos apartados y los objetivos propuestos en cada uno de ellos. Dicho instrumento se encuentra validado por la Fundación Europea para la Calidad y se utiliza la adaptación realizada para los servicios sanitarios. [6] [23] [25] [27]

H. METODOS PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión, así como porcentajes especificados de acuerdo al tipo de variables utilizadas y la ponderación dada a cada una de ellas en el modelo EFQM. [25] [26] [27]

CRITERIOS AGENTES

LIDERAZGO 10%	PERSONAS 9%	PROCESOS 14%
	POLITICA Y ESTRATEGIA 8%	
	ALIANZAS Y RECURSOS 9%	



50%

CRITERIOS RESULTADOS

RESULTADOS EN CLIENTES 20%	RESULTADOS CLAVE 15%
RESULTADOS EN PERSONAS 9%	
RESULTADOS EN SOCIEDAD 6%	



50%

I. ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con los criterios éticos para la investigación el presente trabajo se consideró de riesgo bajo dado que no se llevó a cabo ninguna intervención que pudiera haber afectado física, psicológica o moralmente a las personas que participaron.

Este protocolo fue revisado y puesto a consideración por el comité de ética del hospital de estudio, solicitándose la autorización del proyecto por escrito.

Se respetaron los derechos de propiedad intelectual de la fundación europea para la Calidad.

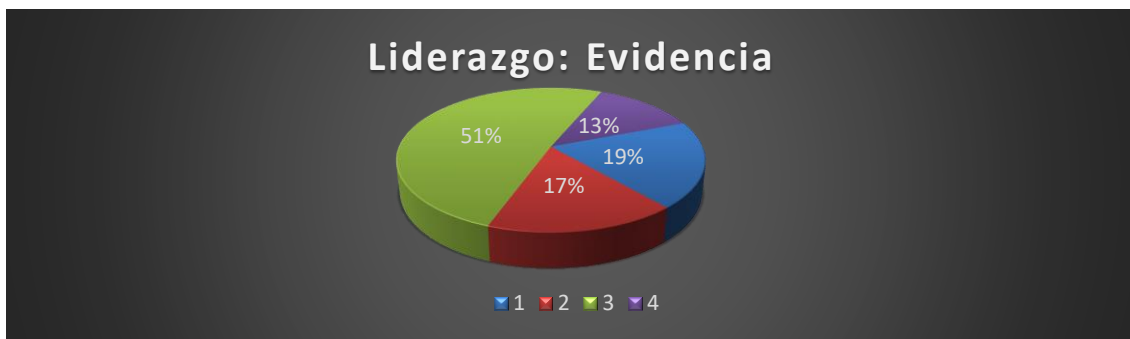
Se solicitó la autorización (consentimiento informado) de las autoridades del hospital bajo estudio y al personal que participó en el estudio.

La confidencialidad de los datos fue garantizada dado que solo se presentarán los resultados obtenidos en porcentajes totales de acuerdo a cada criterio evaluado y analizado, así como los resultados en generales y las áreas a mejorar.

J. RESULTADOS

En la dimensión de **LIDERAZGO**, en la GRÁFICA 1, se puede observar con respecto a la evidencia, el mayor porcentaje fue para *evidencia clara* con un 51% seguida de *sin evidencia* con el 19%, con el 17% *alguna evidencia* y un 13% *evidencia total*.

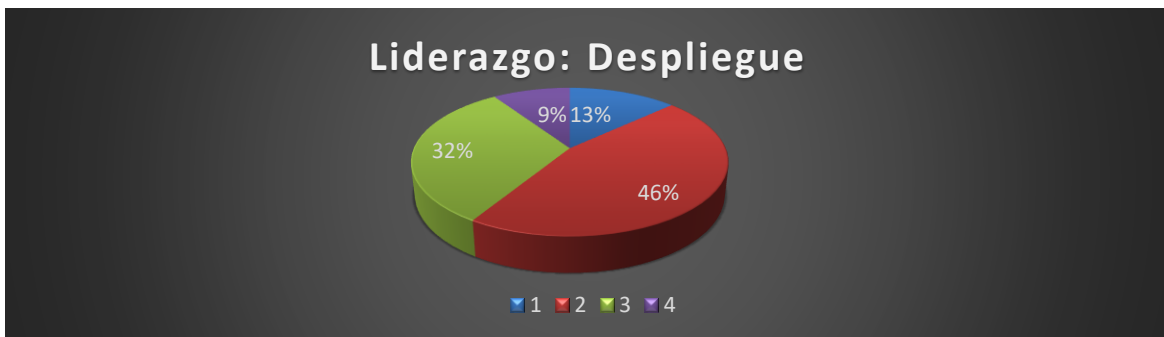
GRÁFICA 1: PORCENTAJES DE ACUERDO AL TIPO DE EVIDENCIAS EN BASE AL ENFOQUE EN LA DIMENSIÓN DE LIDERAZGO



Fuente: Respuestas a cuestionarios aplicados

En la GRÁFICA 2, en la dimensión de LIDERAZGO, con respecto a áreas relevantes se observa el 46% con *bastantes áreas relevantes* seguida del 32% con *muchas áreas relevantes*, el 13% con *pocas áreas relevantes* y sólo el 9% con *el total de áreas relevantes*.

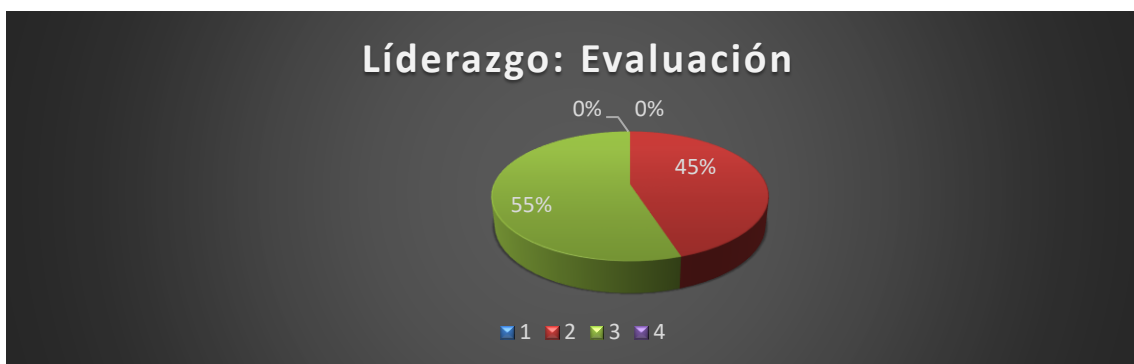
GRÁFICA 2: PORCENTAJES DE ACUERDO A ÁREAS RELEVANTES EN LA DIMENSIÓN DE LIDERAZGO EN EL APARTADO DE DESPLIEGUE.



Fuente: Respuestas a cuestionarios aplicados

En la GRÁFICA 3, en la dimensión de LIDERAZGO con respecto a la evaluación y revisión se observa que el mayor porcentaje corresponde a *alguna evidencia* de dicho proceso con 55% y con 45% se tiene evidencia *clara* en este rubro sin reportar algún otro resultado.

GRÁFICA 3: PORCENTAJE DE ACUERDO A LA EVALUACION Y REVISION EN EL RUBRO DE LIDERAZGO.



Fuente: Respuestas a cuestionarios aplicados

En la dimensión de **POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS**, en la GRÁFICA 4, en el apartado de evidencia, se puede observar con respecto al enfoque, que el mayor porcentaje fue para *evidencia clara* con un 35% seguida de *alguna evidencia* con el 30%, con el 25% sin *evidencia* y un 10 % con *evidencia total*.

GRÁFICA 4: PORCENTAJES DE ACUERDO AL TIPO DE EVIDENCIAS EN BASE AL ENFOQUE EN LA DIMENSIÓN POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS.



Fuente: Respuestas a cuestionarios aplicados

En la GRÁFICA 5, en la dimensión de **POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS**, en el apartado de despliegue con respecto a áreas relevantes se observa el 47% con *bastantes áreas relevantes*, seguida del 30% con *muchas áreas*, el 12% con *pocas áreas relevantes* y el 11% con *todas áreas relevantes*.

GRÁFICA 5: PORCENTAJES DE ACUERDO AL TIPO DE ÁREAS RELEVANTES EN BASE AL DESPLIEGUE EN LA DIMENSIÓN DE POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS.



Fuente: Respuestas a cuestionarios aplicados

En la GRÁFICA 6, en la dimensión de **POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS** con respecto a la evaluación realizada sólo el 5% se reporta *sin evidencia* seguido del 22% refiriéndose a una *evidencia clara* y con el mayor porcentaje 73% para una *alguna evidencia*.

GRÁFICA 6: PORCENTAJE DE ACUERDO A LA EVALUACIÓN Y REVISIÓN EN LA DIMENSIÓN DE POLITICAS Y ESTRATEGIAS.



Fuente: Respuestas a cuestionarios aplicados

En la dimensión de **PERSONAS**, en la GRÁFICA 7, se puede observar con respecto al enfoque, que el mayor porcentaje fue para *evidencia clara* con un 41% seguida de *alguna evidencia* con el 23%, con el 22% sin *evidencia* y un 14% *evidencia total*.

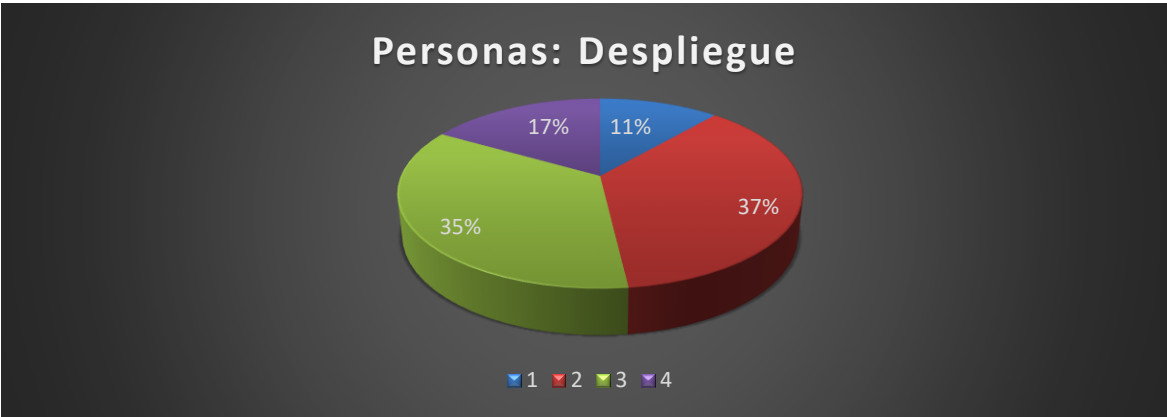
GRÁFICA 7: PORCENTAJES DE ACUERDO AL TIPO DE EVIDENCIAS EN BASE AL ENFOQUE EN LA DIMENSIÓN PERSONAS.



Fuente: Respuestas a cuestionarios aplicados

En la GRÁFICA 8, en la dimensión de **PERSONAS**, en el apartado de despliegue con respecto a áreas relevantes se observa el 37 % con *bastantes áreas relevantes*, seguida del 35% con *muchas áreas*, el 17 % con *el total de áreas relevantes* y 11% *pocas áreas relevantes*.

GRÁFICA 8 PORCENTAJES DE ACUERDO A LAS ÁREAS RELEVANTES EN BASE AL DESPLIEGUE EN LA DIMENSIÓN DE PERSONAS.



Fuente: Respuestas a cuestionarios aplicados

En la GRÁFICA 9, en la dimensión de **PERSONAS** con respecto a la evaluación realizada tenemos que el 51% correspondió a una *evidencia clara*, con 27% se tiene *alguna evidencia*, seguida de 15% *sin evidencia* y sólo el 7% consideró la *evidencia total*.

GRÁFICA 9: PORCENTAJE DE ACUERDO A LA EVALUACIÓN Y REVISIÓN EN LA DIMENSIÓN PERSONAS.



Fuente: Respuestas a cuestionarios aplicados

En la dimensión ALIANZAS Y RECURSOS, en la GRÁFICA 10, se puede observar con respecto al enfoque, que el mayor porcentaje fue para *alguna evidencia* con un 43% seguida de *evidencia clara* con el 27%, con el 22% *sin evidencia* y un 8% *evidencia total*.

GRÁFICA 10: PORCENTAJES DE ACUERDO AL TIPO DE EVIDENCIAS EN BASE AL ENFOQUE EN LA DIMENSIÓN DE ALIANZAS Y RECURSOS.



Fuente: Respuestas a cuestionarios aplicados

En la GRÁFICA 11, en la dimensión de **ALIANZAS Y RECURSOS**, en el apartado de despliegue con respecto a áreas relevantes se observa el 47% con *bastantes áreas relevantes*, seguida del 28% con *muchas áreas*, y el 14% *pocas áreas relevantes* teniendo en último lugar el *total de áreas relevantes* con un 11%.

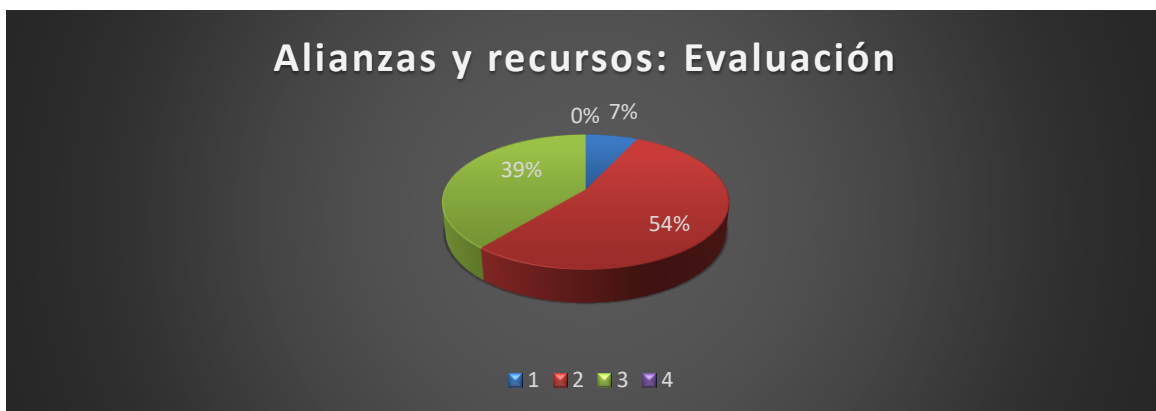
GRÁFICA 11: PORCENTAJES DE ACUERDO AL TIPO DE ÁREAS RELEVANTES EN BASE AL DESPLIEGUE EN LA DIMENSIÓN DE ALIANZAS Y RECURSOS.



Fuente: Respuestas a cuestionarios aplicados

En la GRÁFICA 12, en la dimensión de **ALIANZAS Y RECURSOS** con respecto a la evaluación realizada tenemos que el 54% correspondió a *alguna evidencia*, con 39 % se tiene *evidencia clara* y sólo el 7% consideró *sin evidencia* sin ningún porcentaje para la evidencia total.

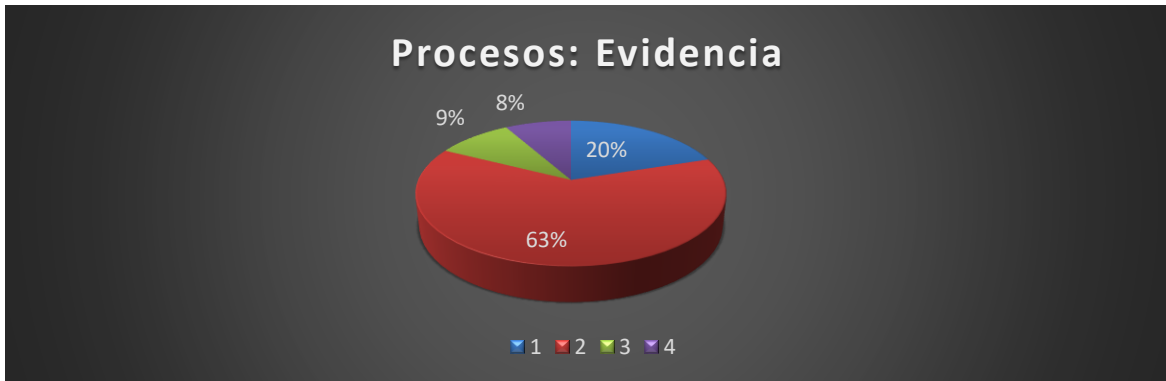
GRÁFICA 12: PORCENTAJE DE ACUERDO A LA EVALUACIÓN Y REVISIÓN EN LA DIMENSIÓN ALIANZAS Y RECURSOS.



Fuente: Respuestas a cuestionarios aplicados

En la dimensión de PROCESOS, en la GRÁFICA 13, se puede observar con respecto al enfoque, que el mayor porcentaje fue para *alguna evidencia* con un 63% seguida de *sin evidencia* con el 20%, un 9% para *evidencia clara* y un 8% con *evidencia total*.

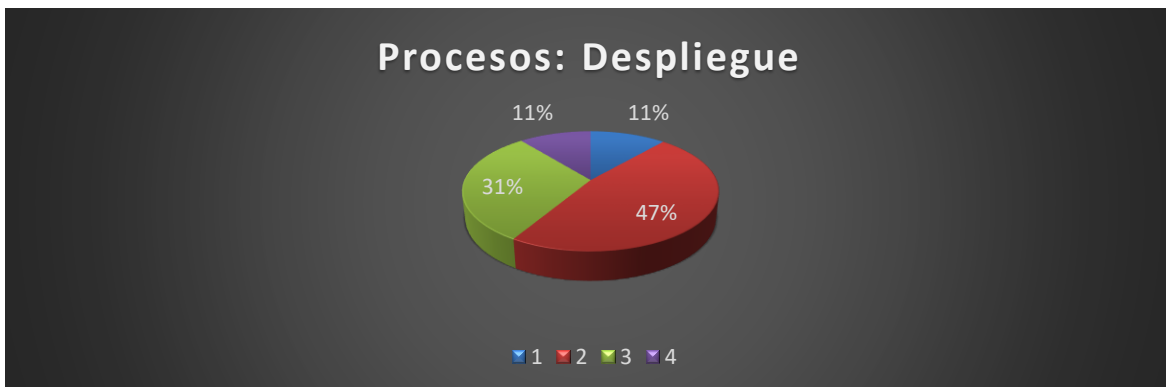
GRÁFICA 13: PORCENTAJES DE ACUERDO AL TIPO DE EVIDENCIAS EN BASE AL ENFOQUE EN LA DIMENSIÓN DE PROCESOS.



Fuente: Respuestas a cuestionarios aplicados

En la GRÁFICA 14, en la dimensión de PROCESOS, en el apartado de despliegue con respecto a áreas relevantes se observa el 47% con *bastantes áreas relevantes*, seguida del 31 % con *muchas áreas*, y en igualdad de porcentajes tenemos con el 11% *pocas áreas* y el otro 11% con el *total de áreas relevantes*.

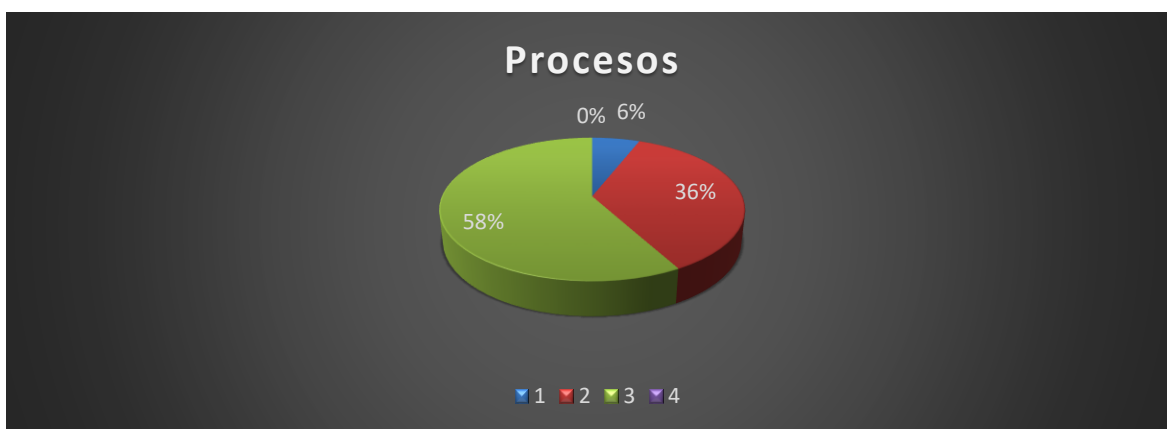
GRÁFICA 14: PORCENTAJES DE ACUERDO AL TIPO DE ÁREAS RELEVANTES EN BASE AL DESPLIEGUE EN LA DIMENSIÓN DE PROCESOS.



Fuente: Respuestas a cuestionarios aplicados

En la GRÁFICA 15, en la dimensión de **PROCESOS** con respecto a la evaluación realizada el 58% correspondió a *evidencia clara*, con 36% *alguna evidencia* y sólo el 6% consideró *sin evidencia*.

GRÁFICA 15: PORCENTAJE DE ACUERDO A LA EVALUACIÓN Y REVISIÓN EN LA DIMENSIÓN PROCESOS.



Fuente: Respuestas a cuestionarios aplicados

RESULTADOS EN CLIENTES

En base a las evidencias en resultados en clientes de acuerdo con los apartados **A**: La unidad dispone de medidas de la percepción de sus clientes y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción y **B**: La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a sus clientes y alcanza resultados excelentes respecto a dichas medidas. Se tuvo que 41% *no* reporta *evidencia*, seguido del 35% con *alguna evidencia* y finalmente con sólo el 24% para una *evidencia clara* como se observa en la GRÁFICA 1.

GRÁFICA 1: PORCENTAJES DE ACUERDO AL TIPO DE EVIDENCIA EN BASE AL ENFOQUE EN LA DIMENSIÓN DE RESULTADOS EN CLIENTES.



En la GRÁFICA 2 dimensión RESULTADOS EN CLIENTES, en el apartado de despliegue con respecto a áreas relevantes con los apartados **A**: La unidad dispone de medidas de la percepción de sus clientes y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción y **B**: La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a sus clientes y alcanza resultados excelentes respecto a dichas medidas. El mayor porcentaje en este rubro fue con 66% para *bastantes áreas relevantes*, con 20% *muchas áreas relevantes* y finalmente con 14% *pocas áreas relevantes*.

GRÁFICA 2: PORCENTAJES DE ACUERDO AL TIPO DE ÁREAS RELEVANTES EN EL DESPLIEGUE EN LOS RESULTADOS EN CLIENTES.



En la GRÁFICA 3 dimensión RESULTADOS EN CLIENTES, en el apartado de evaluación se tiene una *evidencia clara* de dicha evaluación con un 45%, seguido de 31% que considera que hay *alguna evidencia* y 24% se reporta *sin evidencia* de dicha evaluación.

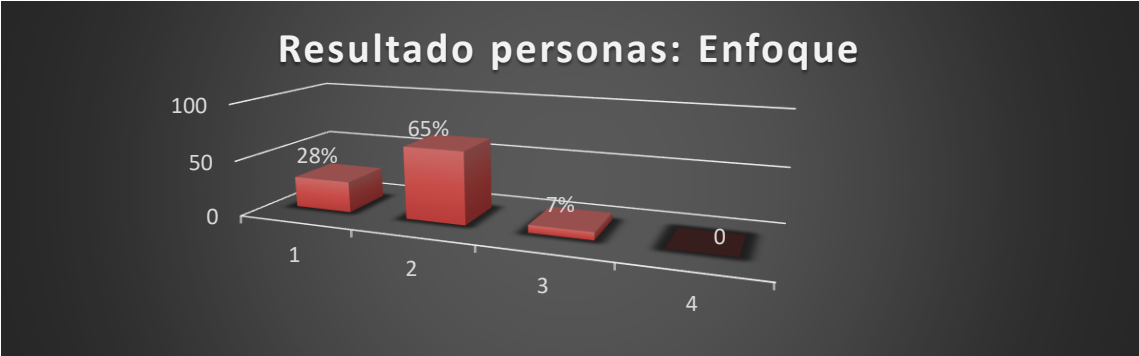
GRÁFICA 3: PORCENTAJES DE ACUERDO A LA EVALUACIÓN Y REVISIÓN



RESULTADOS EN PERSONAS

En la dimensión de PERSONAS, en el área de enfoque en base a las evidencias el resultado de acuerdo a los apartados **A**: La unidad dispone de medidas de la percepción de sus personas y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción y **B**: La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a sus personas y alcanza resultados excelentes. El 65% fue para *alguna evidencia* y el 28% para *sin evidencia* quedando en último lugar con 7% *evidencia clara*.

GRÁFICA 4: PORCENTAJES DE ACUERDO AL TIPO DE EVIDENCIAS EN BASE AL ENFOQUE EN LA DIMENSIÓN DE RESULTADOS EN PERSONAS.



De acuerdo al tipo de áreas relevantes en base al despliegue el resultado para el apartado **A**: La unidad dispone de medidas de la percepción de sus personas y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción y **B**: La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a sus personas y alcanza resultados excelentes. A este respecto el 69% reporta *pocas áreas relevantes* y 31% con *bastantes áreas relevantes*.

GRÁFICA 5: PORCENTAJES DE ACUERDO AL TIPO DE ÁREAS RELEVANTES EN LA DIMENSIÓN DE RESULTADOS EN PERSONAS.



En la GRÁFICA 6 dimensión RESULTADOS EN PERSONAS, en el apartado de evaluación se tiene una *evidencia clara* de dicha evaluación con sólo un 9%, seguido de 33% que considera que *no hay evidencia* y 58% se reporta *alguna evidencia*.

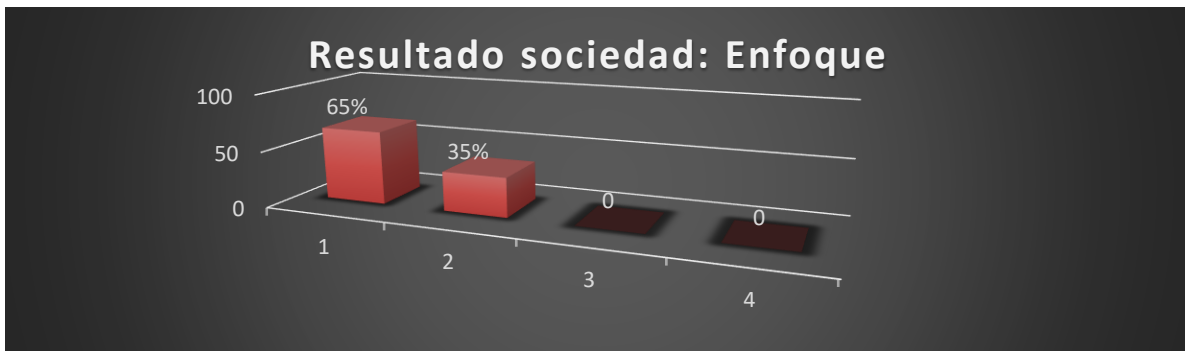
GRÁFICA 6: PORCENTAJES DE ACUERDO A LA EVALUACIÓN Y REVISIÓN



RESULTADOS EN SOCIEDAD

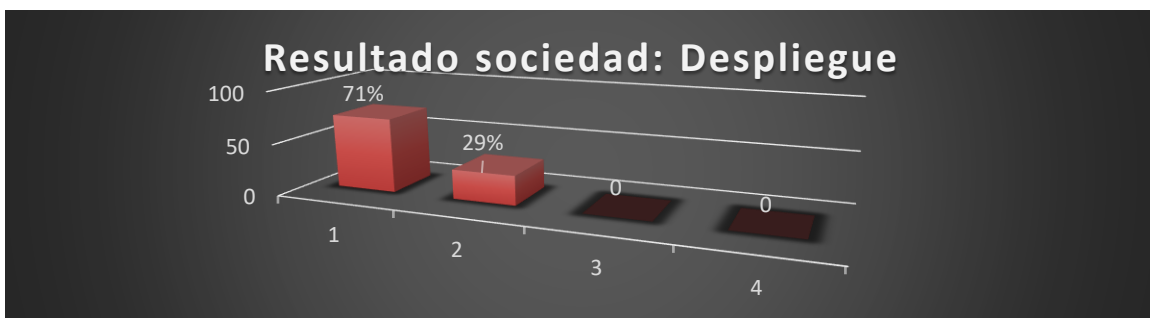
En el área de enfoque en base a las evidencias en los apartados **A**: La unidad dispone de medidas de la percepción de la sociedad y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción y **B**: La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a la sociedad y alcanza resultados excelentes respecto a dichas medidas, el 65% correspondió que *no hay evidencia* y sólo un 35% considera que hay *alguna evidencia*.

GRÁFICA 7: PORCENTAJES DE ACUERDO AL TIPO DE EVIDENCIAS EN BASE AL ENFOQUE EN LA DIMENSIÓN DE RESULTADOS EN SOCIEDAD.



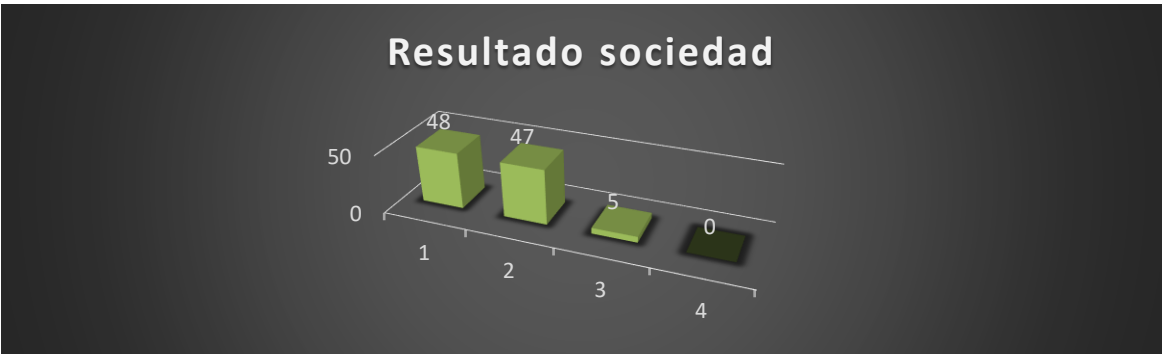
En cuanto a las áreas relevantes en base al despliegue en los apartados **A**: La unidad dispone de medidas de la percepción de la sociedad y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción y **B**: La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a la sociedad y alcanza resultados excelentes. Con *pocas áreas relevantes* se documentó un 71% y 28% con *bastantes áreas relevantes*.

GRÁFICA 8: PORCENTAJES DE ACUERDO AL TIPO DE ÁREAS RELEVANTES EN BASE AL DESPLIEGUE EN LA DIMENSIÓN DE RESULTADOS EN SOCIEDAD.



En la GRÁFICA 9 dimensión RESULTADOS EN SOCIEDAD, en el apartado de evaluación se tiene una *evidencia clara* de dicha evaluación con sólo un 5%, seguido de 48% que considera que *no hay evidencia* y 47% se reporta *alguna evidencia*.

GRÁFICA 9: PORCENTAJES DE ACUERDO A LA EVALUACIÓN Y REVISIÓN



RESULTADOS CLAVE

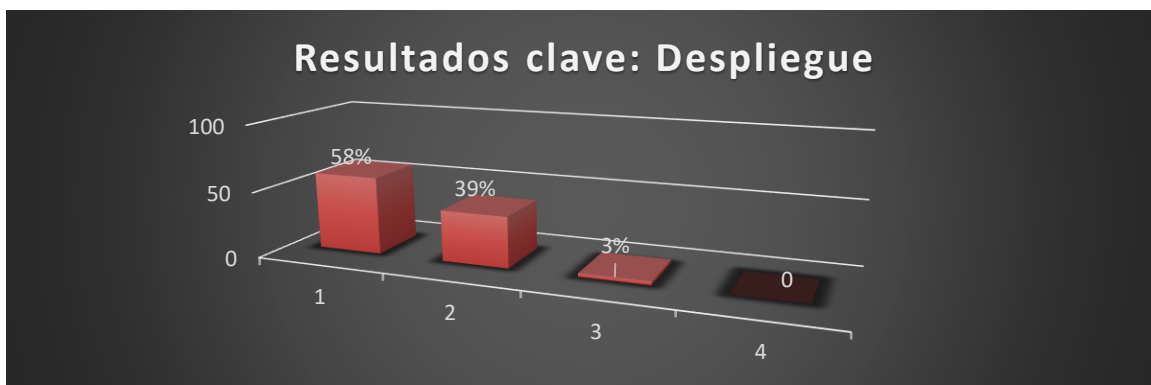
En el área de enfoque en base a las evidencias para los apartados **A**: La unidad dispone de medidas de los resultados clave de su rendimiento y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción y **B**: La unidad dispone de indicadores clave del rendimiento de la Unidad y alcanza resultados excelentes. El 58% consideró que existe *alguna evidencia*, 25% considera que *no hay evidencia* y sólo un 17% reporta *evidencia clara*.

GRÁFICA 10: PORCENTAJES DE ACUERDO AL TIPO DE EVIDENCIAS EN BASE AL ENFOQUE EN LA DIMENSIÓN DE RESULTADOS CLAVE.



En las áreas relevantes en base al despliegue para los apartados **A**: La unidad dispone de medidas de los resultados clave de su rendimiento y alcanza resultados excelentes y **B**: La unidad dispone de indicadores clave del rendimiento de la Unidad y alcanza resultados excelentes. El 58% reporta *pocas áreas relevantes*, 39% *bastantes áreas relevantes* y sólo 3% con *muchas áreas relevantes*.

GRÁFICA 11: PORCENTAJES DE ACUERDO AL TIPO DE AREAS RELEVANTES EN BASE AL DESPLIEGUE EN LA DIMENSIÓN DE RESULTADOS CLAVE.



En la GRÁFICA 12 dimensión RESULTADOS CLAVE, en el apartado de evaluación se tiene una *evidencia clara* de dicha evaluación con sólo un 20%, seguido de 41% que considera que hay *alguna evidencia* y 39% se reporta *sin evidencia*.

GRÁFICA 12: PORCENTAJES DE ACUERDO A LA EVALUACIÓN Y REVISIÓN



CRITERIOS AGENTES			CRITERIOS RESULTADOS	
PERSONAS			RESULTADOS EN CLIENTES	
6%			9%	
LIDERAZGO	POLITICA Y ESTRATEGIA	PROCESOS	RESULTADOS EN PERSONAS	RESULTADOS CLAVE
6%	4%	7%	4%	7%
ALIANZAS Y RECURSOS			RESULTADOS EN SOCIEDAD	
4.5%			2%	
27.5%			22 %	

K. DISCUSIÓN:

Según Sales (2011), el proceso de autoevaluación consiste en lograr reflexión, emisión de juicios de valor y toma de decisiones que contribuyan al desarrollo de la cultura de evaluación, reconozcan la importancia del autoconocimiento, tomando como referente un modelo de gestión para a partir de sus resultados realizar acciones que permitan alcanzar la mejora de los procesos que se desarrollan en la prestación de los productos o servicios.

En la actualidad, independiente de su dificultad, el modelo de la EFQM, ya sea en su versión original o en su versión adaptada, está siendo utilizado de manera sistemática por numerosas instituciones sanitarias. Entre estas, cabe destacar, las experiencias publicadas por el Servicio Vasco de Salud, que lo utiliza como base de la política de calidad en todos sus centros sanitarios ^{28, 29,30,31,32}.

De acuerdo a los resultados obtenidos en España en el pilotaje realizado en la totalidad de los hospitales andaluces, para los indicadores que coincidían exactamente con el cuadro de mando de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ³⁷ o para los cinco hospitales de la provincia de Cádiz, para los indicadores que no se disponían de datos, bien porque el indicador no se medía o porque los resultados no eran públicos. Los resultados fueron los siguientes:

Entre los indicadores seleccionados para comprobar como los líderes impulsan la organización hacia la excelencia, destacamos el hecho que el indicador LI-01 relacionado con el conocimiento de los profesionales de los objetivos del hospital y de los servicios clínicos donde realizan su trabajo, no se cumple en niveles adecuados en ninguno de los centros sanitarios. Una proporción importante de profesionales manifiestan no conocer cuáles son los objetivos de trabajo que deben cumplir y por tanto, difícilmente, pueden estar orientado acerca de lo que la organización espera de él. En palabras de Ayuso³³ “el líder debe crear un ambiente positivo donde el grupo conozca la misión y los objetivos y tenga depositada la confianza en el logro de las metas, ya que las características propias del líder puede generar un ambiente de competitividad en donde no exista comunicación y se genere desconfianza”. Para Conger³⁴ un líder debe ser persuasivo para lograr que los profesionales a su cargo colaboren en los objetivos propuestos por la organización. Difícilmente, los líderes obtendrán los mejores resultados si los profesionales no son informados, convencidos y tenidos en cuenta a la hora de fijar objetivos.

El la dimensión de políticas estrategias relacionado con el conocimiento de los profesionales de la planificación estratégica del centro, en sintonía con los resultados del conocimiento de los objetivos no se cumple en proporciones adecuadas en ninguno de los cinco hospitales estudiados. El desconocimiento por parte de los profesionales pone en evidencia el gran distanciamiento que se observa entre la gestión y planificación más propia de los directivos y el día a día asistencial en el que se centran los profesionales. Por lo tanto, el problema no radica en que no existe planificación estratégica, sino que esta no es conocida por los

profesionales. La planificación estratégica, según Finkler y Ward ³⁵ es fundamental para el proceso de gestión de la organización. Con este proceso lo que se pretende es anticiparse a los futuros problemas, planteando soluciones. Monge ³⁶ realizó una revisión de la planificación estratégica en hospitales Americanos, a la pregunta si se realizaba planificación estratégica en los hospitales americanos, la respuesta fue positiva en un 26% de ellos. El resto se limita a la confección de presupuestos económicos sobre propuestas de gastos. Según el propio autor, esto representa un grave error, ya que el presupuesto debe ser la culminación de todo el proceso estratégico. Cuando hablamos de planificación estratégica estamos haciendo referencia al estudio de la viabilidad y solvencia del hospital, eficiencia de los servicios, calidad del servicio, análisis del mercado potencial y estrategias de marketing que incluiría no solo la publicidad de la instituciones sobre sus objetivos, cartera de servicio, personal con el que cuenta, etc.

En nuestro estudio en la dimensión de **POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS** en el apartado de evidencia, se puede observar con respecto al enfoque, que el mayor porcentaje fue para *evidencia clara* con un 35% seguida de *alguna evidencia* con el 30%, con el 25% sin *evidencia* y un 10 % con *evidencia total*. En la dimensión de **POLITICAS Y ESTRATEGIAS**, en el apartado de despliegue con respecto a áreas relevantes se observa el 47% con *bastantes áreas relevantes*, seguida del 30% con *muchas áreas*, el 12% con *pocas áreas relevantes* y el 11% con *todas áreas relevantes*.

Los resultados de los indicadores de **PERSONAS** relacionados con la cualificación de los profesionales para el puesto de trabajo que ocupan, disposición de métodos para promoción, traslados y movilidad del personal, profesionales que realizan petición de cambios de servicios, profesionales que disponen de programas de formación continuada y la evaluación del desempeño presentan en general un alto cumplimiento en todos los hospitales.

En nuestro estudio en la dimensión de **PERSONAS**, se puede observar con respecto al enfoque, que el mayor porcentaje fue para *evidencia clara* con un 41% seguida de *alguna evidencia* con el 23%, con el 22% sin *evidencia* y un 14%

evidencia total. En la dimensión de **PERSONAS**, en el apartado de despliegue con respecto a áreas relevantes se observa el 37 % con *bastantes áreas relevantes*, seguida del 35% con *muchas áreas*, el 17 % con *el total de áreas relevantes* y 11% *pocas áreas relevantes*. En la dimensión de **PERSONAS** con respecto a la evaluación realizada tenemos que el 51% correspondió a una *evidencia clara*, con 27% se tiene *alguna evidencia*, seguida de 15% *sin evidencia* y sólo el 7% consideró la *evidencia total*. Resultados similares los encontrados en los hospitales vascos.

Según la EFQM las organizaciones excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, sus proveedores y recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Durante la planificación, al tiempo que gestionan sus alianzas y recursos, establecen un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización, la comunidad y el medio ambiente. Los indicadores de **ALIANZAS Y RECURSOS** relacionado con la existencia de inventarios de materiales y productos y gestión de residuos no presentan ningún problema en los hospitales pilotados y todos cuentan con catálogos e inventarios de los materiales que utilizan y la gestión de residuos está regulada por normativa interna.

En nuestro estudio en la dimensión de **ALIANZAS Y RECURSOS**, en el apartado de despliegue con respecto a áreas relevantes se observa el 47% con *bastantes áreas relevantes*, seguida del 28% con *muchas áreas*, y el 14% *pocas áreas relevantes* teniendo en último lugar el *total de áreas relevantes* con un 11%. En la dimensión de **ALIANZAS Y RECURSOS** con respecto a la evaluación realizada tenemos que el 54% correspondió a *alguna evidencia*, con 39 % se tiene *evidencia clara* y sólo el 7% consideró *sin evidencia* sin ningún porcentaje para la evidencia total.

En el estudio de pilotaje de hospitales los tres indicadores de procesos relacionados con la existencia de una planificación estratégica acorde con la misión, visión y objetivos (PR-01), diseño y puesta en marcha de los procesos asistenciales (PR-02) y diseño y puesta en marcha de los procesos de apoyo (PR-03) presentan

resultados antagónicos. El primero de ellos es un indicador que se cumple de manera sistemática, el indicador de procesos asistenciales sólo se cumple en algunos procesos clave y el último de los indicadores no se cumple en ninguno de los centros pilotados.

En nuestro estudio en la dimensión de **PROCESOS**, se puede observar con respecto al enfoque, que el mayor porcentaje fue para *alguna evidencia* con un 63% seguida de *sin evidencia* con el 20%, un 9% para *evidencia clara* y un 8% con *evidencia total*. En la dimensión de **PROCESOS**, en el apartado de despliegue con respecto a áreas relevantes se observa el 47% con *bastantes áreas relevantes*, seguida del 31 % con *muchas áreas*, y en igualdad de porcentajes tenemos con el 11% *pocas áreas* y el otro 11% con el *total de áreas relevantes*. En la dimensión de **PROCESOS** con respecto a la evaluación realizada el 58% correspondió a *evidencia clara*, con 36% *alguna evidencia* y sólo el 6% consideró *sin evidencia*.

Del análisis de los resultados obtenidos en todos los hospitales andaluces, en relación a cómo perciben los **PACIENTES** y familiares el trato que reciben se observa que la gran mayoría de ellos refiere un trato correcto y empático por parte de los profesionales que le atienden. También es cierto, que éste tipo indicador lleva asociado un estándar de cumplimiento del 90 % y que existen algunos hospitales, que si bien están cercanos al mismo, no llegan a cubrirlo en su totalidad.

En nuestro estudio en los RESULTADOS EN CLIENTES el despliegue con respecto a áreas relevantes con los apartados **A**: La unidad dispone de medidas de la percepción de sus clientes y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción y **B**: La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a sus clientes y alcanza resultados excelentes respecto a dichas medidas. El mayor porcentaje en este rubro fue con 66% para *bastantes áreas relevantes*, con 20% *muchas áreas relevantes* y finalmente con 14% *pocas áreas relevantes*. En la dimensión de **RESULTADOS EN CLIENTES** en el apartado de evaluación se tiene una *evidencia clara* de dicha evaluación con un 45%, seguido de 31% que considera que hay *alguna evidencia* y 24% se reporta *sin evidencia* de dicha evaluación.

En la dimensión de **RESULTADOS EN PERSONAS**, en el área de enfoque en base a las evidencias el resultado de acuerdo a los apartados **A**: La unidad dispone de medidas de la percepción de sus personas y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción y **B**: La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a sus personas y alcanza resultados excelentes. El 65% fue para *alguna evidencia* y el 28% para *sin evidencia* quedando en último lugar con 7% *evidencia clara*.

De acuerdo al tipo de áreas relevantes en base al despliegue el resultado para el apartado **A**: La unidad dispone de medidas de la percepción de sus personas y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción y **B**: La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a sus personas y alcanza resultados excelentes. A este respecto el 69% reporta *pocas áreas relevantes* y 31% con *bastantes áreas relevantes*. En la dimensión **RESULTADOS EN PERSONAS**, en el apartado de evaluación se tiene una *evidencia clara* de dicha evaluación con sólo un 9%, seguido de 33% que considera que *no hay evidencia* y 58% se reporta *alguna evidencia*.

En el estudio de pilotaje de hospitales, con respecto a los **RESULTADOS EN SOCIEDAD** los dos indicadores estudiados ponen de manifiesto que los profesionales participan de manera sistemática en actos sociales y educativos y que los ciudadanos en una proporción importante están satisfechos con la imagen del hospital.

En nuestro estudio en el área de enfoque en base a las evidencias en los apartados **A**: La unidad dispone de medidas de la percepción de la sociedad y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción y **B**: La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a la sociedad y alcanza resultados excelentes respecto a dichas medidas, el 65% correspondió a que *no hay evidencia* y sólo un 35% considera que hay *alguna evidencia*.

En cuanto a las áreas relevantes en base al despliegue en los apartados **A**: La unidad dispone de medidas de la percepción de la sociedad y alcanza resultados

excelentes respecto a dicha percepción y **B**: La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a la sociedad y alcanza resultados excelentes. Con *pocas áreas relevantes* se documentó un 71% y 28% con *bastantes áreas relevantes*. En la dimensión **RESULTADOS EN SOCIEDAD**, en el apartado de evaluación se tiene una *evidencia clara* de dicha evaluación con sólo un 5%, seguido de 48% que considera que *no hay evidencia* y 47% se reporta *alguna evidencia*.

En los **RESULTADOS CLAVE**: Con respecto a las intervenciones canceladas, llama la atención que existe un porcentaje nada despreciable de intervenciones programadas que son canceladas, del orden del 5 al 10%. Hemos observado que este indicador aumenta en hospitales de gran tamaño y mayor complejidad. Con respecto a los tiempos de espera una vez citados los pacientes en consulta externa, la mayoría de los usuarios preguntados, sufren tiempos superiores a los 30 minutos. Este tema merecería un estudio más profundo, ya que se podría poner de manifiesto que la organización de las consultas externas en cuanto a segmentación de es una necesidad imperiosa en los hospitales. La espera que en muchos casos superan varias horas no sólo producen insatisfacción y mala imagen del centro sino que ocasiona un importante daño productivo por la pérdida en horas de trabajo de los usuarios.

En un estudio realizado y publicado por Pañella ³⁸ pone de manifiesto las altas tasas de documentos de consentimientos informados encontrados en el hospital de Granollers. Destacando el 74.45% en procedimientos de cirugía y el 81.05 % de anestesia, datos muy en sintonía con los obtenidos en nuestras experiencias pilotos, pero es de destacar, y así se pone de manifiesto en el mismo estudio, que cuando se le pregunta al paciente si conoce la intervención que se le va a realizar o el tipo de anestesia la tasa decae hasta el 60 %. Esto pone en evidencia, el diálogo de sordo que en algunas ocasiones se establece entre el profesional y el paciente.

En nuestro estudio el área de enfoque en base a las evidencias para los apartados **A**: La unidad dispone de medidas de los resultados clave de su rendimiento y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción y **B**: La unidad dispone

de indicadores clave del rendimiento de la Unidad y alcanza resultados excelentes. El 58% consideró que existe *alguna evidencia*, 25% considera que *no hay evidencia* y sólo un 17% reporta *evidencia clara*. En las áreas relevantes en base al despliegue para los apartados **A**: La unidad dispone de medidas de los resultados clave de su rendimiento y alcanza resultados excelentes y **B**: La unidad dispone de indicadores clave del rendimiento de la Unidad y alcanza resultados excelentes. El 58% reporta *pocas áreas relevantes*, 39% *bastantes áreas relevantes* y sólo 3% con *muchas áreas relevantes*. En la dimensión RESULTADOS CLAVE, en el apartado de evaluación se tiene una *evidencia clara* de dicha evaluación con sólo un 20%, seguido de 41% que considera que hay *alguna evidencia* y 39% se reporta *sin evidencia*.

L. CONCLUSIONES:

En la dimensión de **LIDERAZGO**, con respecto a la evidencia, el mayor porcentaje fue para *evidencia clara* con un 51% seguida de *sin evidencia* con el 19%, con el 17% *alguna evidencia* y un 13% *evidencia total*.

En la dimensión de **LIDERAZGO**, con respecto a las áreas relevantes, el mayor porcentaje fue para *bastantes áreas* con un 46% seguida de *muchas áreas* con el 32%, con el 13% *pocas áreas* y un 9% *que es percibido en el total de áreas*.

En la dimensión de **LIDERAZGO**, con respecto a la evaluación que se realiza en la institución el 45% considera que existe alguna evidencia y el 55% de que hay evidencia clara de dicha evaluación

En la dimensión de **POLITICAS Y ESTRATEGIAS**, en el apartado de evidencia, se puede observar con respecto al enfoque, que el mayor porcentaje fue para *evidencia clara* con un 35% seguida de *alguna evidencia* con el 30%, con el 25% *sin evidencia* y un 10 % con *evidencia total*.

En la dimensión de **POLITICAS Y ESTRATEGIAS**, en el apartado de despliegue con respecto a áreas relevantes se observa el 47% con *bastantes áreas relevantes*, seguida del 30% con *muchas áreas*, el 12% *con pocas áreas relevantes* y el 11% con *todas áreas relevantes*.

En la dimensión de **POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS** con respecto a la evaluación realizada sólo el 5% se reporta *sin evidencia* seguido del 22% refiriéndose a una *evidencia clara* y con el mayor porcentaje 73% para una *alguna evidencia*.

En la dimensión de **PERSONAS**, se puede observar con respecto al enfoque, que el mayor porcentaje fue para *evidencia clara* con un 41% seguida de *alguna evidencia* con el 23%, con el 22% *sin evidencia* y un 14% *evidencia total*.

En la dimensión de **PERSONAS**, en el apartado de despliegue con respecto a áreas relevantes se observa el 37 % con *bastantes áreas relevantes*, seguida del 35% con *muchas áreas*, el 17 % con *el total de áreas relevantes* y 11% *pocas áreas relevantes*.

En la dimensión de **PERSONAS** con respecto a la evaluación realizada tenemos que el 51% correspondió a una *evidencia clara*, con 27% se tiene *alguna evidencia*, seguida de 15% *sin evidencia* y sólo el 7% consideró la *evidencia total*.

En la dimensión **ALIANZAS Y RECURSOS**, se puede observar con respecto al enfoque, que el mayor porcentaje fue para *alguna evidencia* con un 43% seguida de *evidencia clara* con el 27%, con el 22% *sin evidencia* y un 8% *evidencia total*.

En la dimensión de **ALIANZAS Y RECURSOS**, en el apartado de despliegue con respecto a áreas relevantes se observa el 47% con *bastantes áreas relevantes*, seguida del 28% con *muchas áreas*, y el 14% *pocas áreas relevantes* teniendo en último lugar el *total de áreas relevantes* con un 11%.

En la dimensión de **ALIANZAS Y RECURSOS** con respecto a la evaluación realizada tenemos que el 54% correspondió a *alguna evidencia*, con 39 % se tiene *evidencia clara* y sólo el 7% consideró *sin evidencia* sin ningún porcentaje para la *evidencia total*.

En la dimensión de **PROCESOS**, se puede observar con respecto al enfoque, que el mayor porcentaje fue para *alguna evidencia* con un 63% seguida de *sin evidencia* con el 20%, un 9% *para evidencia clara* y un 8% *con evidencia total*.

En la dimensión de **PROCESOS**, en el apartado de despliegue con respecto a áreas relevantes se observa el 47% con *bastantes áreas relevantes*, seguida del 31 % con *muchas áreas*, y en igualdad de porcentajes tenemos con el 11% *pocas áreas* y el otro 11% con el *total de áreas relevantes*.

En la dimensión de **PROCESOS** con respecto a la evaluación realizada el 58% correspondió a *evidencia clara*, con 36% *alguna evidencia* y sólo el 6% consideró *sin evidencia*.

Despliegue con respecto a áreas relevantes con los apartados **A**: La unidad dispone de medidas de la percepción de sus clientes y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción y **B**: La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a sus clientes y alcanza resultados excelentes respecto a dichas medidas. El mayor porcentaje en este rubro fue con 66% para *bastantes áreas relevantes*, con 20% *muchas áreas relevantes* y finalmente con 14% *pocas áreas relevantes*.

En la dimensión de **RESULTADOS EN CLIENTES**, en el apartado de evaluación se tiene una *evidencia clara* de dicha evaluación con un 45%, seguido de 31% que considera que hay *alguna evidencia* y 24% se reporta *sin evidencia* de dicha evaluación.

RESULTADOS EN PERSONAS:

En la dimensión de PERSONAS, en el área de enfoque en base a las evidencias el resultado de acuerdo a los apartados **A**: La unidad dispone de medidas de la percepción de sus personas y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción y **B**: La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a sus personas y alcanza resultados excelentes. El 65% fue para *alguna evidencia* y el 28% para *sin evidencia* quedando en último lugar con 7% *evidencia clara*.

De acuerdo al tipo de áreas relevantes en base al despliegue el resultado para el apartado **A**: La unidad dispone de medidas de la percepción de sus personas y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción y **B**: La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a sus personas y alcanza resultados excelentes. A este respecto el 69% reporta *pocas áreas relevantes* y 31% con *bastantes áreas relevantes*.

En la dimensión **RESULTADOS EN PERSONAS**, en el apartado de evaluación se tiene una *evidencia clara* de dicha evaluación con sólo un 9%, seguido de 33% que considera que *no hay evidencia* y 58% se reporta *alguna evidencia*.

RESULTADOS EN SOCIEDAD:

En el área de enfoque en base a las evidencias en los apartados **A**: La unidad dispone de medidas de la percepción de la sociedad y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción y **B**: La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a la sociedad y alcanza resultados excelentes respecto a dichas medidas, el 65% correspondió a que *no hay evidencia* y sólo un 35% considera que hay *alguna evidencia*.

En cuanto a las áreas relevantes en base al despliegue en los apartados **A**: La unidad dispone de medidas de la percepción de la sociedad y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción y **B**: La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a la sociedad y alcanza resultados excelentes. Con *pocas áreas relevantes* se documentó un 71% y 28% con *bastantes áreas relevantes*.

En la dimensión **RESULTADOS EN SOCIEDAD**, en el apartado de evaluación se tiene una *evidencia clara* de dicha evaluación con sólo un 5%, seguido de 48% que considera que *no hay evidencia* y 47% se reporta *alguna evidencia*.

RESULTADOS CLAVE

En el área de enfoque en base a las evidencias para los apartados **A**: La unidad dispone de medidas de los resultados clave de su rendimiento y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción y **B**: La unidad dispone de indicadores clave del rendimiento de la Unidad y alcanza resultados excelentes. El 58% consideró que existe *alguna evidencia*, 25% considera que *no hay evidencia* y sólo un 17% reporta *evidencia clara*.

En las áreas relevantes en base al despliegue para los apartados **A**: La unidad dispone de medidas de los resultados clave de su rendimiento y alcanza resultados excelentes y **B**: La unidad dispone de indicadores clave del rendimiento de la Unidad y alcanza resultados excelentes. El 58% reporta *pocas áreas relevantes*, 39% *bastantes áreas relevantes* y sólo 3% con *muchas áreas relevantes*.

En la dimensión **RESULTADOS CLAVE**, en el apartado de evaluación se tiene una *evidencia clara* de dicha evaluación con sólo un 20%, seguido de 41% que considera que hay *alguna evidencia* y 39% se reporta *sin evidencia*.

En cuanto a los criterios evaluados con respecto al porcentaje esperado para considerar como una organización que trabaja en todos los aspectos para la mejora continua se tuvieron los siguientes resultados:

En los criterios AGENTES, se obtuvo una puntuación total de 27.5% del 50% esperado, sólo un poco por arriba de la media. Al desglosar cada criterio en liderazgo de 10 % esperado se obtuvo sólo el 6% , en personas del 9% total se obtuvo el 6% , en política y estrategia del 8% esperado se obtuvo el 4% , en

alianzas y recursos del 9% se obtuvo sólo el 4.5% y en procesos con un 14% esperado se obtuvo sólo el 7%.

En los criterios RESULTADOS en clientes del 20% esperado se obtuvo sólo el 9%, resultados en personas del 9% esperado se obtuvo el 4% , en resultados en sociedad del 6% esperado se obtuvo el 2% y en resultados clave para la organización del 15% esperado sólo se obtuvo el 7%, dando un total de 22% del 50% previsto lo cual deja al hospital muy por debajo del mínimo necesario.

M. PROPUESTAS:

Análisis FODA:

FORTALEZAS: Disponibilidad de los directivos del Hospital bajo estudio, la disponibilidad manifiesta en la solicitud del personal sobre todo de nuevo ingreso para la capacitación continua .

DEBILIDADES: Disponibilidad de tiempo para actividades de planeación de los jefes de servicio.

OPORTUNIDADES: Proceso de certificación de la Unidad bajo estudio, implementación de capacitación continua la cual incluya a todo el personal que labora en el hospital.

AMENAZAS: Cambios constantes de jefes de servicio, personal adscrito y rotación de personal continua.

PASOS:

- A) Dar a conocer los datos sintetizados al personal directivo.
- B) Elaborar un Plan de trabajo a corto mediano y largo plazo donde participen el personal de mandos medios del servicio bajo estudio.
- C) Ejecutar el plan
- D) Supervisar las acciones del plan
- E) Evaluar el impacto del plan al año de haberse iniciado.

N. REFERENCIAS

1. D'Empaire. Calidad de Atención Médica y Principios Éticos. Acta Bioética 2010; 16 (2):127-132
2. Andreo-Martínez JA. Gestión de Calidad en Medicina Interna. Desde Pareto al EFQM. Med Clin (Barc). 2012;138(7):306-311
3. Institute for Advanced Study. Abraham Flexner. Pantallas [1]. Disponible en: <http://www.ias.edu/people/flexner>
4. Escuela Técnica Superior de Ingenieros Industriales. Diagrama de Pareto, Universidad de Vigo.
5. Joint Commission International. Accreditation Standards for Hospitals. USA; Joint Commission International: 2014
6. Fundación Europea para la Gestión de Calidad. Introducción a la excelencia. EFQM. 2003.
7. Arranz Mar. Modelo Europeo de Excelencia de la Gestión (EFQM). UNED. 2014
8. Instituto Mexicano del Seguro Social. Capítulo 1: Antecedentes Históricos del IMSS. México. IMSS. Disponible en: www.imss.gob.mx
9. Ruiz de Chávez M. Bases para la Evaluación de la Calidad de los Servicios de Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud. Salud Pública Mex 1990;32:156-169
10. Aguirre-Gas H. Administración de la Calidad en la Atención Médica. Rev Med IMSS (Mex) 1997;35 (4) 257-264
11. Aguirre-Gas. Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. Cir Ciruj 2008;76:187-196
12. International Society for Quality in Health Care. ISO9000 en el sector salud. International Society for Quality in Health Care. 2007
13. Castillo-Rueda A, Portugal-Álvarez J. Proyecto técnico de gestión y funcionamiento de la unidad asistencial de Medicina Interna. An Med Interna (Madrid) Vol.21. No. 1, pp31-38 2004
14. Secretaría de salud. Manual de indicadores de Servicios de Salud.

15. Vargas-González V, Valecillos J, Hernández C. Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. *Revista de Ciencias Sociales (RCS) Vol. XIX, No. 4, Octubre - Diciembre 2013, pp. 663 – 671*
16. Comité nacional por la calidad de Servicios de Salud. Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. 2001
17. García-Aparicio J, Herrero- Herrero J, Corral-Gudiño L, Jorge-Sánchez R. Calidad Percibida por los Usuarios de un Servicio de Medicina Interna tras 5 años de aplicación de una encuesta satisfactoria. *Rev Calid Asist. 2010;25(2):97–10*
18. Jiménez-Martínez JL. Medicina Interna y Gestión. *Galicia Clin 2010; 71 (3): 100-101*
19. Saboya-Charcon I. Gestión se Servicios Hospitalarios Públicos: Estudio comparativo de Hospitales entre la Región Noreste de Brasil y Cataluña. Barcelona, España; Universidad De Barcelona: 2005.
20. OMS/OPS-México. Estrategia de cooperación con el país. México DF. Organización Mundial de la Salud/ Secretaria de Salud: 2005
21. Arango López, Vallejo G. Aplicación del modelo EFQM en la unidad de psiquiatría de adolescentes del Hospital Gregorio Marañón. *Avances en Salud Mental Relacional. Vol. 4 2005.*
22. Del Rio MP et al. Aplicación del Modelo Europeo de calidad en Oncología. *Revista Clínica Esp. 2006; 206(3):129-36.*
23. Lizarzabal M et al. Modelo Europeo de Calidad (EFQM) para una sociedad médico-científica. *Rev. Sociedad Venezolana de Gastroenterología. 2009.*
24. Cuestionario de autoevaluación. Consejería de Justicia y Administración Pública.
25. Bayo-Moriones A, Merino-Diaz-de-Cerino J, Escamilla-de-León SA, Selvam RM, The Impact of ISO 9000 and EFQM on the use of flexible work practices. *Int J, Productions Economics 130 (2011)33-42.*
26. Uygur A, Sumerli S. EFQM Excellence Model. *Internacional Review of Management and Bussines Research. December 2013.*

27. EFQM, European Foundation for Quality Management, Available: <http://www.efqm.org/en>. Sánchez E. Modelo EFQM y calidad asistencial. Rev Calidad Asistencial 2002; 17:64-66.
28. Sánchez E. Modelo EFQM y calidad asistencial. Rev Calidad Asistencial 2002; 17:64-66.
29. 102 Ugalde M, Sierra F, Pardo P. El procesote evaluación externa de las organizaciones que se presentan a los reconocimientos basados en el modelo de la EFQM. Rev Calidad asistencial 2001; 16: 330-338.
30. Moracho O, Colina A, Amondarain MA, Aguirre L, Ruiz-Álvarez E y Salgado MV. Experiencia práctica del proceso de evaluación externa con el modelo de la EFQM en el Hospital de Zumárraga. Rev Calidad asistencial 2001; 16: 322-329.
31. Moracho O. Gestión por procesos en el hospital de Zumárraga y modelo europeo de excelencia: gestión y evaluación de la mejora continua. Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 142- 150.
32. Sánchez E, Darpón J, Villar F, Letona J, Martínez-Conde AE. De la gestión de la calidad hacia la excelencias en la gestión a través del modelo de autoevaluación de la EFQM en una red pública de centros sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 117-183.
33. Ayuso D. Habilidades directivas. En: La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Díaz de Santos. 2006
34. Conger JA. The necessary art of persuasión. Harvard Bussines Review 1998; 7: 84-95.
35. Finkler SA, Ward DM. Cost accounting for Health care organizations (second editions). Ed. Aspen Publisher, Inc. Gaithersburg. 1999. Maryland. USA.
36. Monge P. Planificación estratégica en los hospitales de EEUU. Boletín económico de ICE nº 2742. 2002
37. <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp>. Visita en junio de 2006

38. Pañeda D, Padros J. El consentimiento informado en la medicina hospitalaria: del consenso conceptual a las dificultades de su práctica. Opiniones de los facultativos. Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 110-113.

O. ANEXOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO



COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<i>EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE TEZIUTLAN A TRAVÉS DEL MODELO EFQM (EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT) DURANTE EL PERIODO ENERO-MARZO 2016.”</i>
Lugar y fecha:	TEZIUTLAN PUEBLA 2016
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCION OTORGADA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE TEZIUTLAN
Procedimientos:	NINGUNO
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNA.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	IDENTIFICAR LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.
Participación o retiro:	DERECHO LIBRE A ACEPTAR O RECHAZAR EL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.
Privacidad y confidencialidad:	SE ASEGURA AL 100% LA CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD DEL ESTUDIO.
Aceptación al estudio:	ACEPTO PARTICIPAR ()SI ()NO
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	MARISOL LOZADA MARTINEZ correo : mar_sol8577@hotmail.com tel: 2311381096

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE TEZIUTLAN A TRAVÉS DEL MODELO EFQM DURANTE EL PERIODO ENERO – MARZO 2016.

LIDERAGO	ENFOQUE				DESPLIEGUE				EVALUACION			
1. Las personas líderes desarrollan y comunican la Misión, Visión, Valores y Cultura de la unidad, actuando asimismo como ejemplo para los demás.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2. Las personas líderes estimulan y animan la asunción de responsabilidades, la autonomía en el trabajo, la creatividad, la innovación, el compromiso con la calidad y el trabajo en equipo entre las personas que trabajan en la Unidad.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
3. Las personas líderes se implican directamente en la identificación, priorización e implantación de las mejoras en la Unidad.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
4. Las personas líderes adaptan la estructura de la organización para facilitar la consecución de política, estrategia, planes y objetivos de la unidad.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
5. Las personas líderes se implican personalmente en el desarrollo e implantación de un sistema de gestión por procesos adecuado en la Unidad.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
6. Las personas líderes se implican directamente en comprender y dar respuesta a las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés de la Unidad.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
7. Las personas líderes son accesibles para el personal de la unidad y lo demuestran por ejemplo escuchando de manera activa, respondiendo a las necesidades y siendo fuentes de inspiración y cohesión.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
8. Las personas líderes motivan, apoyan y facilitan recursos a las personas de la Unidad para que participen en actividades de mejora.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
9. Las personas líderes se implican en la identificación de los cambios que es necesario introducir en la Unidad y lideran su desarrollo, garantizando suficiencia y su impacto favorable en los diferentes grupos de interés.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
10. Las personas líderes comunican los cambios y la razón de los mismos al personal de la Unidad y a los demás grupos de interés	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

POLITICAS Y ESTRATEGIAS	ENFOQUE				DESPLIEGUE				EVALUACION			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. La unidad recoge y analiza la información necesaria para definir y comprender los ámbitos de actuación en los que opera, tanto en la actualidad como en el futuro.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2. La unidad recoge y analiza la información necesaria para identificar, comprender y anticipar las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
3. La unidad analiza la información que se desprende de sus indicadores de rendimiento y de las actividades de aprendizaje.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
4. La unidad analiza las experiencias y resultados de otras administraciones públicas y organizaciones comparables, especialmente de aquellas consideradas como las mejores.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
5. La unidad define y desarrolla, al nivel que le corresponde, su política y estrategia de manera coherente con su misión, visión, las directrices procedentes de las unidades jerárquicas superiores, la información disponible y las capacidades propias y de sus aliados.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
6. La unidad implanta los procesos clave necesarios para hacer realidad su política y estrategia.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
7. La unidad despliega y comunica su política y estrategia mediante planes, objetivos, metas... en todos sus niveles relevantes.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
8. La unidad actualiza su política y estrategia en función de su eficacia y de los cambios internos y externos	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
PERSONAS	ENFOQUE				DESPLIEGUE				EVALUACION			
1. Los planes para la gestión del personal están alineados con la política, estrategia y objetivos de la Unidad.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2. Se garantiza que el personal posee los conocimientos y las competencias necesarios para el desempeño de sus funciones.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
3. La Unidad contribuye al desarrollo profesional de su personal.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
4. El personal de la Unidad trabaja en equipo.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
5. El personal y los equipos de trabajo cumplen los objetivos marcados.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
6. El personal de la Unidad participa en actividades de mejora a nivel individual y a nivel de equipo.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
7. El personal se implica en las actividades organizadas por la Unidad.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
8. Los canales de comunicación tanto horizontal como vertical, satisfacen las necesidades del personal de la Unidad.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
9. El conocimiento y las mejores prácticas están disponibles para todo el personal que lo necesita.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
10. Se reconoce y recompensa los logros del personal y de los equipos de trabajo.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
11. El personal está concienciado e implicado en temas de seguridad e higiene laboral, medio ambiente y responsabilidad social	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

ALIANZAS Y RECURSOS	ENFOQUE				DESPLIEGUE				EVALUACION			
1. La Unidad identifica colaboradores potenciales y establece relaciones de alianza con ellos.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2. Mediante las relaciones de alianza con los colaboradores, la Unidad mejora tanto sus resultados clave como sus productos y/o servicios.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
3. La Unidad gestiona sus recursos económicos y presupuestarios teniendo en cuenta su política y estrategia, y contemplando tanto las necesidades a corto, medio y largo plazo como la evolución del entorno.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
4. La Unidad gestiona el mantenimiento y uso de sus edificios, equipos y materiales optimizando su rendimiento y garantizando su seguridad.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
5. La Unidad minimiza los impactos negativos que pueda tener su actividad en su personal, en el medio ambiente y en la sociedad en general.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
6. La Unidad identifica, evalúa y utiliza las nuevas tecnologías con el fin de mejorar su rendimiento y sus productos y/o servicios.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
7. La Unidad asegura el acceso rápido de la información pertinente a todos los grupos de interés.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
8. La Unidad garantiza la seguridad e integridad de la información.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
PROCESOS	ENFOQUE				DESPLIEGUE				EVALUACION			
1. La Unidad identifica y diseña adecuadamente los procesos necesarios para hacer realidad su misión, visión, política y estrategia y satisfacer a sus distintos grupos de interés.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2. Se aplican los principios de la gestión por procesos y, en su caso, los estándares de gestión más adecuados (de calidad, medio ambiente, etc.).	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
3. Se han establecido sistemas de seguimiento y medición de todos los procesos que permitan evaluar su capacidad para cumplir los resultados planificados.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
4. Se identifican sistemáticamente las oportunidades de mejora en los procesos, se priorizan y se llevan a cabo.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
5. Se comunican los cambios en los procesos al personal y demás grupos de interés afectados. Se asegura que todo el personal recibe la formación e información necesarias para implantar los cambios con éxito.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
6. Los productos y/o servicios están diseñados adecuadamente para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes de la Unidad.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
7. Para cada uno de los productos y/o servicios de la Unidad, se han definido los compromisos con el cliente y se han implantado metodologías para el seguimiento del cumplimiento de los mismos.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
8. La Unidad tiene definidos procesos adecuados de atención, comunicación y promoción de sus productos y/o servicios.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
9. La Unidad gestiona la información procedente de las sugerencias, reclamaciones y encuestas de sus clientes.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

RESULTADOS EN CLIENTES	ENFOQUE				DESPLIEGUE				EVALUACION			
1. La unidad dispone de medidas de la percepción de sus clientes y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2. La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a sus clientes y alcanza resultados excelentes respecto a dichas medidas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
RESULTADOS EN PERSONAS	ENFOQUE				DESPLIEGUE				EVALUACION			
1. La unidad dispone de medidas de la percepción de sus personas y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2. La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a sus personas y alcanza resultados excelentes respecto a dichas medidas.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
RESULTADOS EN SOCIEDAD	ENFOQUE				DESPLIEGUE				EVALUACION			
1. La unidad dispone de medidas de la percepción de la sociedad y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2. La unidad dispone de indicadores de rendimiento en relación a la sociedad y alcanza resultados excelentes respecto a dichas medidas.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
RESULTADOS CLAVE	ENFOQUE				DESPLIEGUE				EVALUACION			
1. La unidad dispone de medidas de los resultados clave su rendimiento y alcanza resultados excelentes respecto a dicha percepción.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2. La unidad dispone de indicadores clave del rendimiento de la Unidad y alcanza resultados excelentes respecto a dichas medidas.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

ENFOQUE

SIN EVIDENCIAS		1
AGUNA EVIDENCIA		2
EVIDENCIA CLARA		3
EVIDENCIA TOTAL		4

DESPLIEGUE

POCAS AREAS RELEVANTES	El enfoque se ha implantado respecto al 25% de las áreas/departamentos y de la información relevante aproximadamente.	1
BASTANTES AREAS RELEVANTES	El enfoque se ha implantado más o menos sistemáticamente respecto al 50% de las áreas/ departamentos y de la información relevante aproximadamente	2
MUCHAS AREAS RELEVANTES	El enfoque se ha implantado sistemáticamente respecto al 75% de las áreas/departamentods y de la información relevante aproximadamente	3
TODAS LAS AREAS RELEVANTES	El enfoque se ha implantado sistemáticamente respecto al 100% de las áreas /departamentos y de la información relevante	4

EVALUACION Y REVISION

SIN EVIDENCIAS	No se evalúa ni revisa el enfoque ni el despliegue del enfoque. No hay ejemplos de mejora del enfoque y el despliegue o son anecdóticos	1
ALGUNA EVIDENCIA	El enfoque y el despliegue del enfoque se evalúan y revisan en algunas ocasiones, pero sin apoyarse en un sistema de medición. Hay algunos ejemplos de mejora del enfoque y el despliegue, así como de difusión de las mejores prácticas	2
EVIDENCIA CLARA	El enfoque y el despliegue del enfoque se evalúan y revisan sistemáticamente y apoyándose en un sistema de medición. Hay bastantes ejemplos de mejora del enfoque y el despliegue así como de difusión de las mejores prácticas	3
EVIDENCIA TOTAL	El enfoque y el despliegue del enfoque se evalúan y revisan de forma claramente sistemática y apoyándose en un sistema de medición. Hay muchos ejemplos de mejora y de difusión de las mejores prácticas.	4

EVIDENCIAS

--