



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE GRADO

Título
Plan de gestión de la calidad en una zona básica de salud
Autor/es
María Mercedes García Pérez
Director/es
Félix Rivera Sanz
Facultad
Escuela Universitaria de Enfermería
Titulación
Grado en Enfermería
Departamento
Curso Académico
2015-2016



Plan de gestión de la calidad en una zona básica de salud, trabajo fin de grado de María Mercedes García Pérez, dirigido por Félix Rivera Sanz (publicado por la Universidad de La Rioja), se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported. Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD.

Dificultades para su implantación



TRABAJO FIN DE GRADO

Autora: Mercedes García Pérez

Tutor: Félix Rivera Sanz

Logroño, 29 de Junio de 2016

Curso Académico: 2015-16 (Convocatoria Ordinaria)

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor D. Félix Rivera Sanz, por todo el tiempo dedicado y tu continuo apoyo y asesoramiento.

A mi familia, vuestro apoyo incondicional y cariño me hacen ser cada día mejor persona

A mis padres, sin vosotros hubiera sido imposible.

A Siomara mi compañera y amiga porque siempre me hace reír, sin duda hubiera sido mucho más difícil

Gracias

“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa” Mahatma Gandhi.

“Uno de los problemas en esto de la calidad en la industria y en los servicios, se deriva de que nadie está realmente en contra, a todo el mundo le parece bien. Pero, entonces, uno esperaría encontrarse con ella más a menudo” P.H.Crosby

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	7
INTRODUCCION.....	9
OBJETIVOS.....	20
METODOLOGIA.....	21
DESARROLLO.....	26
CONCLUSIONES.....	32
BIBLIOGRAFIA.....	40

RESUMEN

El ser humano siempre ha manifestado su preocupación por hacer las cosas de la mejor manera posible. Este trabajo presenta una perspectiva sobre los orígenes de la calidad y como su concepto se fue desarrollando en el tiempo; aportaciones como el ciclo de mejora PDCA de Deming, Florence Nigthingale y su análisis de los fenómenos sociales para inducir cambios o el modelo EFQM están muy relacionados con la calidad asistencial y el Proceso de Atención de Enfermería por la visión holística que comparten ambos ciclos para la mejora continua de la calidad. El modelo EFQM es un instrumento práctico de trabajo, está basado en la autoevaluación de las organizaciones y está demostrado que aporta múltiples ventajas en la Atención Primaria a través de sus criterios. Pero entonces ¿por qué no podemos afirmar que la filosofía de la calidad esté incluida en nuestro sistema de salud? O ¿por qué no se produce un desarrollo sistemático de actividades relacionadas con la calidad de manera generalizada?

El presente trabajo descriptivo tiene como objetivo general averiguar cuáles han sido las causas por las que no se ha implantado el modelo EFQM en el centro de salud Cascajos para poder actuar sobre ellas y llegar a la implantación efectiva del modelo en la Zona Básica de Salud. Para ello se usa el método del caso, con metodología cualitativa cuyo objetivo último es conocer la perspectiva del sujeto entrevistado elegido por sus características, conocer sus interpretaciones y sus percepciones.

Tras la entrevista realizada a miembros clave de la organización y tras el análisis de los resultados se concluye que la falta de liderazgo, la sobrecarga de trabajo, la insuficiente asignación de recursos, o la falta de formación, entre otras causas van a impedir la implantación efectiva del modelo EFQM en el centro de salud Cascajos de Logroño.

Palabras claves: EFQM, Atención Primaria, dificultades, calidad

ABSTRACT

Man has always expressed concern about doing things in the best way possible. This paper presents a perspective on the origins and quality as its concept was developed over time; contributions as the improvement cycle PDCA Deming, Florence Nightingale and analysis of social phenomena to induce changes or the EFQM model are closely related to quality of care and the care process Nursing by the holistic vision shared by both cycles for continuous quality improvement. The EFQM model is a practical working tool, it is based on self-assessment of organizations and is shown that provides multiple advantages in primary care through their criteria. But then why we cannot say that the philosophy of quality is included in our health care system? Or why not a systematic development of quality-related activities widely produced?

This descriptive study's general objective is to find out what were the causes that have not implemented the EFQM model in the health center Cascajos to act on them and reach the effective implementation of the model in the Basic Health Zone, though, the case method, with qualitative methodology whose ultimate objective to know the subject's perspective interviewed chosen for their characteristics, meet their interpretations and perceptions and are not intended to reach representative samples.

After the interview key members of the organization and after analysis of the results it is concluded that the lack of leadership, workload, insufficient allocation of resources, or lack of training, among other causes will prevent implantation effective the EFQM model in the health center Cascajos Logrono.

Keywords: EFQM, Primary Care, difficulties, quality

INTRODUCCIÓN

La calidad es la diferencia entre “ser” y “querer ser”

La calidad entendida como característica de los productos o servicios para calificarlos como buenos o excelentes, malos o pésimos no es algo nuevo en la Historia. El ser humano siempre ha manifestado su preocupación por hacer las cosas de la mejor manera posible. Las antiguas civilizaciones ya eran rigurosas con este hecho. Los egipcios, por ejemplo contaban con inspectores sobre la perpendicularidad de las piedras, los fenicios destacaban por la calidad de sus productos y posteriormente en la Edad Media los gremios establecían sus normas de fabricación, pasaban inspecciones sobre los productos artesanales y enseñaban a los aprendices a hacer buenos trabajos sin repetir errores, este sistema de producción artesana tenía el inconveniente de su elevado coste; la revolución industrial trajo consigo la inspección de la calidad como técnica, la estandarización de los procesos, la eficiencia de las empresas y la competitividad como problema al reducirse sensiblemente los costes de la producción artesana y la inspección de los productos terminados clasificándolos como aprobados o rechazados. (Cubillos 2009)

Ya en el siglo XX Shewhart y Deming son considerados los gurús de la calidad moderna, este último muy implicado en la reconstrucción de Japón después de la Segunda Guerra Mundial estableciendo para ello aspectos clave para la calidad como el ciclo PDCA. (*Planificar-Hacer-Verificar-Actuar*) y la idea de que los trabajadores son los primeros responsables de la calidad. Hoy en día el premio Deming es de los más considerados en este ámbito. (Atisha 1994)

La preocupación por la calidad en la salud está asociada a una enfermera, Florence Nightingale, (Young 2011) que apoyó con gran ímpetu la formación enfermera y realizó estudios de tasas de mortalidad mejorando los métodos sanitarios empleados disminuyendo así las muertes de los soldados en la guerra de Crimea. Nightingale fue pionera en la revolucionaria idea de que los fenómenos sociales pueden medirse y someterse al análisis para inducir cambios y así lo hizo.

Actualmente, el Proceso de Atención de Enfermería es un método que permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática y está muy relacionado con el ciclo de mejora continua de la calidad de Deming antes mencionado y por consiguiente con los Programas de Garantía de Calidad que se basan en este ciclo de mejora. Ambos métodos están compuestos por etapas dinámicas inmersas en un ciclo de mejora basado en la evaluación continua, con el fin de obtener los mejores

resultados, de manera que cada vez que se desarrolle un ciclo PDCA o un PAE (*Valoración-Diagnóstico-Planificación-Ejecución-Evaluación*) iremos mejorando la calidad de la organización y con sucesivas vueltas de dichos ciclos formaremos una espiral de mejora continua (Patón, 2013) En definitiva, esta importante herramienta enfermera evaluará la estrategia seguida en la atención del paciente re-direccionando y mejorando nuestra calidad asistencial. (Villalobos, 1999) al igual que los Programas de Garantía de la Calidad mejorarán las organizaciones tras cada evaluación

Figura 1



Según un informe emitido por la Sociedad Española de Directivos en Atención Primaria, SEDAP 2010, la Atención Primaria en nuestro país, ha tenido un gran desarrollo desde el punto de vista de la accesibilidad a los servicios, pero también se apunta a una serie de deficiencias sobre todo en la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, la escasa dotación de recursos y a la falta de coordinación con otros servicios.

Los modelos de gestión están enfocados a las empresas y un centro de salud también lo es, con ciertos matices, puesto que nuestro "producto" es delicado: son las personas y su salud. La acogida del paciente o la despedida al alta, la alimentación ajustada a las necesidades del paciente, la vigilancia de un ambiente confortable, la cumplimentación de las prescripciones terapéuticas de forma adecuada y en tiempo correcto, la información completa de los registros de Enfermería o un trato adecuado y cordial son también puntos de medición que afectan a la calidad de los pacientes.

La evidente evolución de las expectativas de los clientes en el sector público, el reconocimiento de los derechos de los pacientes, demuestra mayores demandas de mejora y de garantías en términos de eficacia y servicios. Eficacia y eficiencia deben

ser, por lo tanto, los objetivos de las Administraciones públicas, gestionando la calidad no como un fin sino como un medio para alcanzar esas metas (Izarzugaza 2005) y dar la respuesta más adecuada a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, con los recursos humanos y materiales de que disponemos y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción, tanto para el usuario como para los profesionales, al costo más razonable.

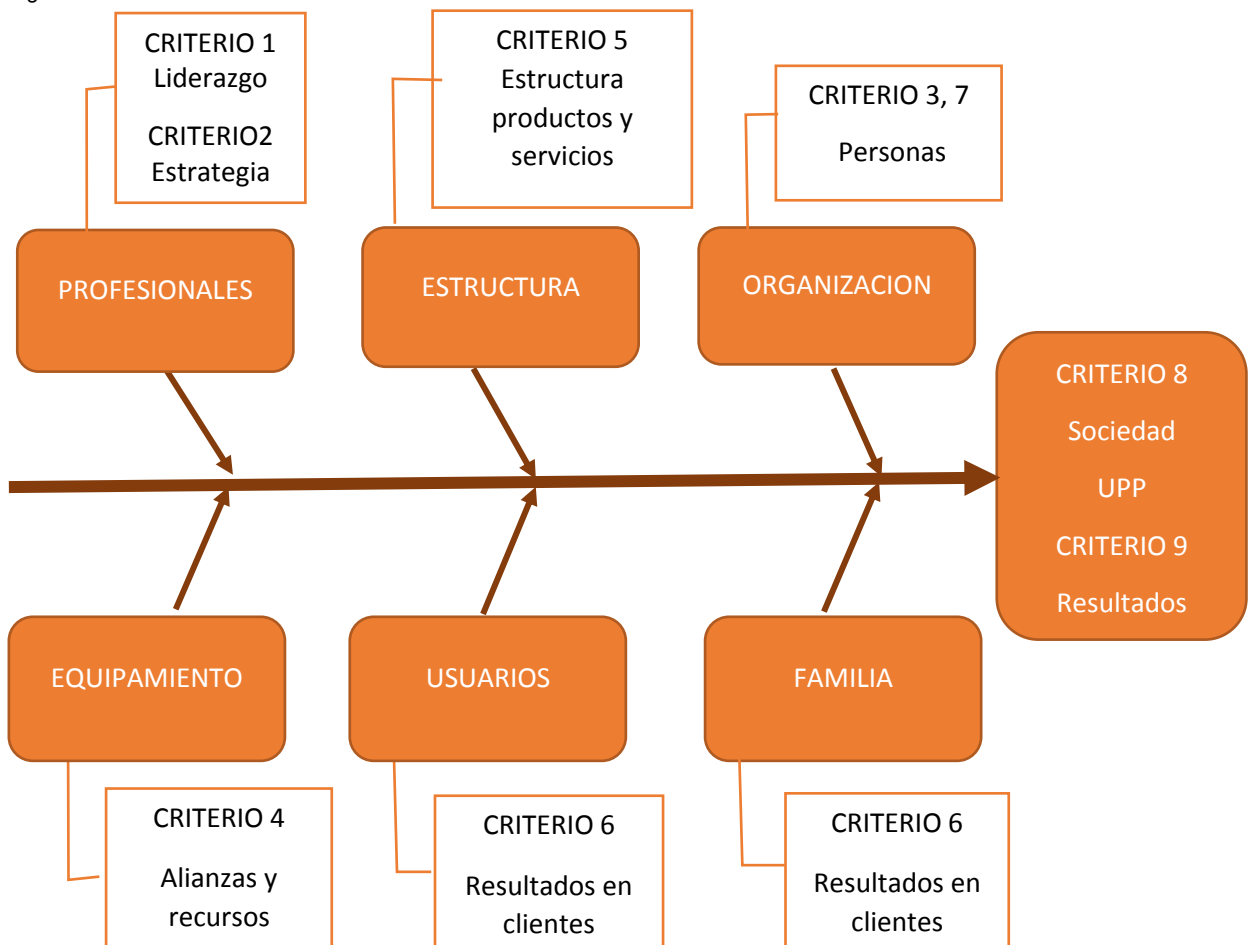
Según María Isabel Avalos García. Secretaria de salud del Estado de Tabasco (México) y Licenciada en enfermería “La calidad en salud no está vinculada sólo a la satisfacción de clientes y manejo adecuado de los costos, dado que incluye mejorar la calidad de vida de las personas, extenderla y en muchos casos evitar que se enfermen o mueran innecesariamente” siendo, una de las particularidades que el sector salud tiene en diferencia del industrial.

La European Foundation for Quality Management (EFQM) fue fundada en 1988 por catorce empresas líderes en su sector y es una organización sin ánimo de lucro, que cuenta ahora con más de 800 empresas asociadas, grandes y PYMES, de productos y servicios, del ámbito privado y público, que tiene el objetivo de promover las mejores prácticas empresariales aportando beneficios a las organizaciones y a la sociedad en su conjunto. Las propias empresas asociadas evalúan y mejoran periódicamente el Modelo, para que las empresas estén siempre comprometidas en calidad a través del esquema PDCA de Deming. El modelo Europeo de Excelencia EFQM propone un modelo constituido por un conjunto de criterios que interrelacionados entre si definen a una organización teóricamente excelente, capaz de lograr y mantener los mejores resultados posibles. Hace un repaso por todos los aspectos que pueden tener influencia en los resultados finales de las organizaciones como : la satisfacción del cliente, la satisfacción del personal y la aceptación social que se consiguen mediante el liderazgo, políticas y estrategias, la gestión de las personas, la gestión de los recursos y alianzas y la gestión de los procesos, lo cual debe producir unos excelentes resultados de la organización.(EFQM 2013) porque podremos ir identificando las áreas que deben ser potenciadas o aquellas en las que se deben implantar acciones de mejora, coincidiendo esto en gran parte con el actual proceso de atención de Enfermería que se fundamenta en la valoración de necesidades del paciente así como la promoción de áreas que deben ser potenciadas para elevar el nivel de salud alcanzado desde una visión holística de la atención al paciente y sus cuidados,

teniendo en cuenta aspectos biológicos, psicosociales, espirituales y culturales, así como la interrelación con la familia y la sociedad en general.” (Reina. 2010)

Martha Rogers, enfermera americana, desarrolló la teoría general de los sistemas y en ella afirmaba que “las propiedades de los sistemas no pueden ser descritas significativamente en términos de sus elementos separados. La comprensión de los sistemas solamente se presenta cuando se estudian los sistemas globalmente” y según esto definió a la persona como “un todo único con integridad propia y que expresa cualidades que no pueden interpretarse solo como la suma de sus elementos individuales”. El objetivo del modelo es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre como un ser global y su entorno (Potter 2011); esto mismo podría ser extrapolable a la aplicación del modelo EFQM en cualquier organización sanitaria dada también la visión global que el modelo tiene de las organizaciones. A continuación la figura que se presenta (figura 2) muestra un ejemplo de interrelación de la visión holística de la Enfermería en el cuidado de las úlceras por presión y el modelo EFQM a través del diagrama causa-efecto de Ishikawa o espina de pez.

Figura 2



El informe SEDAP 2010, realizó un estudio a quince comunidades autónomas que tenían la gestión por procesos implantada o de forma experimental en centros de atención primaria, las ventajas que supuso la implantación de un programa de gestión de calidad eran importantes y en diferentes ámbitos de la organización, y fueron las siguientes:

- Uso más eficiente de los recursos
- Mejora de la continuidad asistencial
- Mejora en la atención integral del paciente
- Mejora la resolutiveidad de la Atención Primaria
- Mejora la participación de los profesionales de Atención Primaria
- Mejora de la gestión por procesos asistenciales
- Mejora el conocimiento y la integración de los profesionales
- Mejora la implantación de las tecnologías de la información y comunicación
- Mejora la gestión económica en suministros y farmacia- receta.
- Mayor satisfacción de los usuarios
- Refuerzo del liderazgo
- Implicación y motivación de los profesionales
- Mejora del clima laboral y del trabajo en equipo
- Planes de mejora espontáneos
- Mayor satisfacción de los profesionales al dotarles de mayor capacidad de decisión

El planteamiento que hace el modelo EFQM sobre la organización es diferenciar dos partes claramente, a un lado los agentes llamados “Facilitadores” que se refieren a lo que hace la organización y cómo lo hace y los agentes “Resultados” que tratan sobre lo que la organización consigue.

Liderazgo, desarrollo e implicación de los profesionales, progreso de alianzas y recursos, estrategia y gestión por procesos son los factores que facilitarán o contribuirán a la creación de calidad, la cual se expresará en unos resultados clave, en resultados a los pacientes/clientes, resultados a las personas o trabajadores y resultados a la sociedad.

El modelo EFQM es un modelo de autoevaluación en atención primaria porque nos indica los logros y mejoras de un centro de salud en su camino hacia la excelencia (Zaballos 2004) por lo que nos servirá de guía para medir como está la empresa y a partir de ahí establecer las medidas o los planes de mejora que serán necesarios implementar en función de los objetivos y de la estrategia definida.

Cada criterio trata aspectos o temas que el modelo plantea trabajar. A su vez cada criterio se divide en varios subcriterios, lo que permite considerar el tema en aspectos más pequeños y concretos, facilitando así su comprensión y aplicación.

Los agentes Facilitadores son cinco y trabajarán cuestiones como por ejemplo la capacidad de los dirigentes, la planificación estratégica mediante indicadores de rendimiento, la gestión de los equipos y los materiales, la gestión del desarrollo y el mantenimiento del conocimiento de las personas de la organización, la gestión de las alianzas y colaboraciones externas o la gestión y mejora de los procesos mediante la innovación, generando cada vez mayor valor a la organización. Los otros cuatro criterios o de Resultados, evaluarán a través de medidas de percepción o indicadores de rendimiento los Resultados en los pacientes/Clientes, los Resultados en las Personas y los Resultados en la Sociedad y los Resultados Clave de la Actividad donde se evaluarán también de manera exclusiva los logros alcanzados en relación con los objetivos planificados tanto económicos como de otra índole. (Poblete 2009) Cada criterio tiene un peso específico diferente según su importancia, expresado en % sobre el total con el objetivo de buscar el máximo equilibrio en los resultados finales.

El modelo EFQM se fundamenta entendiendo que los resultados excelentes en el rendimiento general de una organización, en sus usuarios, en las personas y en la sociedad en la que actúa, se van a lograr tan solo mediante un liderazgo efectivo que dirija e impulse la política y la estrategia y que se hará realidad a través de las personas, las alianzas y recursos y los procesos (Moreno, 2009)

Figura 2 modelo EFQM 2013



A continuación y según la EFQM Excellence Model 2013, se expone cada uno de los criterios del modelo:

CRITERIO 1. LIDERAZGO. Cómo los directivos o líderes deben mostrar claramente su compromiso con la mejora continua, actuando como modelo para el resto de la organización. Favorecerán la participación de los profesionales y desarrollarán la Misión o propósito de la organización, reconociendo los esfuerzos y logros de los empleados. En ocasiones hablar de líder se interpreta en un sentido de mando, de Jerarquía, de jefe y subordinado, lo cual provoca cierto rechazo.

El liderazgo hoy en día debería verse como un fenómeno de grupo que implica un proceso de influencia de un individuo sobre los demás, orienta el rumbo y el curso de las acciones. El líder facilita la sinergia, la disciplina y la confianza para posibilitar los mejores resultados. (Lourenço 2001) Podemos decir entonces que el liderazgo es un proceso colectivo y por lo tanto, compartido entre todos los miembros. (Marquis 2010)

Al ayudar y permitir el desarrollo de líderes en enfermería “estaremos empoderando a cada uno de los profesionales de enfermería para que aplique las capacidades de liderazgo que posee en la organización; así estaremos contribuyendo al progreso de la profesión a mejorar la calidad del cuidado y de los servicios de atención de salud que se prestan a la sociedad y logrando niveles de excelencia en la docencia y en la investigación” (Malagón-Londoño 2008) en este sentido, las enfermeras que anhelan la posición de líder de un equipo de Enfermería necesitan desarrollar características como: compromiso, flexibilidad, comunicación efectiva, responsabilidad, buena relación interpersonal, creatividad, organización y la escucha. (Souza 2013)

CRITERIO 2. POLITICA Y ESTRATEGIA. Cómo la organización fija los objetivos, identifica los procesos y les asigna recursos y define los niveles de responsabilidad y las funciones.

CRITERIO 3. GESTIÓN DE LAS PERSONAS. Cómo hace la organización para planificar las necesidades del personal, les forma, promociona, impulsa su participación, atiende a las expectativas laborales y métodos de trabajo.

CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS. Cómo la organización planifica y gestiona los recursos para la mejora de los edificios, equipamiento, recursos materiales, tecnología, sistemas de información y acuerdos con proveedores para mejorar los servicios.

CRITERIO 5. LOS PROCESOS. Cómo la organización selecciona indicadores y establece estándares, define responsables de los procesos y los mejora teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los pacientes

CRITERIO 6. RESULTADOS EN CLIENTES. Cómo la organización valora lo que consigue en relación a sus clientes teniendo en cuenta su opinión y los indicadores objetivos como tiempos de espera, tiempos de consulta, accesibilidad telefónica, gestión de reclamaciones, etc.

CRITERIO 7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS. Cómo se valora la opinión y se mide el grado de motivación y satisfacción de las profesionales enfermeras a través del absentismo, nivel de participación en equipos de mejora, medidas del clima organizacional, etc.

CRITERIO 8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD. Cómo la organización valora la percepción y mide el impacto del centro en la sociedad a través del nivel de participación de los ciudadanos, sus familias así como de la comunidad donde se desarrollan, el abordaje biopsicosocial de los problemas de salud, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la atención domiciliaria, la vigilancia epidemiológica, la docencia e investigación que son al final la esencia de la Enfermería Comunitaria.

La directora general de la OMS, Margaret Chan, escribió: “Ante todo, la Atención Primaria de salud ofrece una manera de organizar el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención es tan importante como la cura, y en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención” (Chan 2008)

CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE. Cómo se valoran los resultados, tanto económicos como no económicos, la cobertura de los servicios prestados, cumplimiento de criterios de calidad, consumo de recursos, etc.

Por todo esto podemos decir que el Modelo EFQM va a permitir a los centros sanitarios medir en qué punto se encuentran en el camino a la calidad y analizar las debilidades que puede haber en la organización para que puedan ser reforzadas. La implantación de un sistema de gestión de la calidad a través del modelo EFQM se justifica en una exigencia social y en un imperativo profesional para ofrecer así una atención de calidad. Como profesionales de la salud es inherente a nuestra

responsabilidad enfermera, la comprobación sistemática tanto de lo que se realiza como de los resultados que se producen o se esperan porque cada vez más la actividad enfermera está sometida a la evaluación de sus resultados y el análisis de sus costes. En definitiva si no hay un seguimiento y una evaluación de nuestra asistencia, difícilmente podremos saber si contribuimos a que nuestros resultados sean óptimos. (Moreno 2005)

Avedis Donabedian fue un médico libanés, fundador del estudio de la calidad en el cuidado de la salud y constituyó una de las bases del desarrollo del control de la calidad en la asistencia sanitaria y cuya fundación no gubernamental creada en 1989 se dedica desde entonces exclusivamente a la promoción de la calidad asistencial en España.

Definió de la siguiente manera la calidad asistencial:

“Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes” (Donabedian 1980)

Donabedian estableció mediante diferentes grados una relación del conocimiento que los distintos centros tienen respecto a los problemas que les afectan y la calidad que poseen:

- 0°.- Existen centros que no saben que en realidad hay problemas.
- 1°.- Existen centros que saben que hay problemas pero no saben por qué.
- 2°.- Existen centros que saben por qué hay problemas pero no saben resolverlos.
- 3°.- Existen centros que corrigen los problemas cuando se presentan
- 4°.- Existen centros que saben organizar la corrección sistemática de los problemas.
- 5°.- Existen centros que saben resolver problemas antes de que se presenten.
- 6°.- Existen centros que saben porque no tienen problemas.

“Se puede decir que la Atención Primaria en España es una de las mejores del mundo. No obstante, van apareciendo nuevos retos planteados a la Atención Primaria y al Sistema Nacional de Salud en su conjunto, como es el progresivo crecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas, el aumento en las cargas de trabajo de los profesionales, la necesidad de mejorar la coordinación asistencial, las nuevas tecnologías, etc. (Salgado 2007)

En general en España, todavía son pocas las comunidades autónomas que han iniciado la acreditación mediante distintos modelos de sus instituciones sanitarias aun sabiendo que sus centros tienen problemas importantes que resolver. Estas son algunas, por ejemplo: el Servicio Gallego de Salud según lo publicado en las Estrategias Sergas 2014 con respecto a los Programas de Calidad, otorgaba a cada centro sanitario la capacidad de iniciativa para adoptar la implantación de un sistema o modelo concreto de gestión de calidad, así como la realización de actividades o programas de garantía de la calidad que lleven a la consecución de un reconocimiento externo (certificación, acreditación, premios, etc.) introduciendo así objetivos de calidad asistencial en sus distintos componentes: eficacia, eficiencia seguridad, accesibilidad, satisfacción, continuidad, adecuación, aceptabilidad. (Galego 2004) Cataluña fue la primera comunidad que implantó un sistema de evaluación continuada de la calidad en los hospitales y ahora en 2016 lo traslada a los 365 equipos de atención primaria. La acreditación en esta comunidad será una condición imprescindible para formar parte de la red pública de Atención Primaria según la European Health School. Osakidetza presentaba ya en 2003 su plan de calidad 2003-2007 con la utilización del modelo EFQM llevando a cabo distintas estrategias orientadas a la mejora continua de la calidad y de ahí a diversos reconocimientos y premios Q de oro y plata del gobierno vasco. (Inclán 2003) Andalucía cuenta con 17 centros de Atención Primaria acreditados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía a fecha de mayo de 2016 (InterSAS). El centro de salud de Vegadeo en Asturias obtuvo la distinción de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) en el año 2009. Y así, encontramos diferentes niveles de desarrollo en las restantes comunidades. Lluís Bohigas Santasusagana ex director general del Ministerio de Sanidad y Consumo entre 2000 y 2004 ya apuntaba en el Diario Médico en 1999 su apuesta por alcanzar un consenso entre todas las comunidades autónomas españolas respecto a las acreditaciones, certificaciones y sistemas de gestión de la calidad en sector sanitario siendo un reto aún hoy difícil pero necesario.

Pero, si supone tantas ventajas la implantación de un programa de gestión de la calidad entonces tal y como se cuestionaba Rosa Suñol, directora de la Fundación Avedis Donabedian ¿por qué no podemos afirmar que la filosofía de la calidad esté incluida en nuestro sistema de salud? O ¿por qué no se produce un desarrollo sistemático de actividades relacionadas con la calidad de manera generalizada?

El centro de salud de Cascajos situado en Logroño fue el curso pasado objeto del trabajo fin de grado de una compañera en el cual se exponían los resultados obtenidos

de una autoevaluación y el consiguiente plan de mejora. Un año después el plan de mejora no ha sido abordado y ni siquiera está planteada su implantación. Por este motivo y por el interés mostrado en su día por la dirección creímos necesario identificar cuáles fueron las causas.

Phil Crosby, fue un empresario estadounidense que contribuyó de forma fehaciente a la gestión de la calidad, dejó una frase sobre la cual todos deberíamos reflexionar: *“uno de los problemas en esto de la calidad en la industria y en los servicios, se deriva de que nadie está realmente en contra, a todo el mundo le parece bien. Pero, entonces, uno esperaría encontrarse con ella más a menudo”*

La hipótesis de este trabajo señala la existencia de multitud de dificultades para implantar un SGC basado en el modelo EFQM relacionados sobre todo con una posible falta general de conocimiento, recursos, motivación y compromiso e implicación en la implantación por parte de los directivos y los profesionales.

OBJETIVOS

El curso pasado ya se realizó una propuesta de SGC para el centro de salud Cascajos, pero este no fue implantado. Por esta razón, el presente trabajo tiene como objetivo general averiguar cuáles han sido las causas para poder actuar sobre ellas y llegar a la implantación efectiva del modelo en la Zona Básica de Salud.

Para facilitar el cumplimiento del objetivo general se han identificado los siguientes objetivos específicos que valoran aspectos relevantes:

- Indagar sobre la falta de liderazgo desde las estructuras gerenciales y políticas
- Detectar el miedo a la excesiva burocratización por la necesidad de registrar.
- Descubrir si existe una insuficiente asignación de recursos.
- Detectar las dificultades como la falta de formación o la percepción de la calidad como algo impuesto para controlar que no está acorde con los problemas cotidianos.
- Detectar posible desmotivación del profesional y si hubiera una fuerte resistencia al cambio de la organización.

METODOLOGÍA

Trabajo descriptivo realizado con metodología cualitativa a través del método del caso. El trabajo se centra en las competencias de Gestión que la Enfermería realiza en una Zona Básica de Salud.

En el TFG “plan de gestión de la calidad en una zona básica de salud” (Ibarra 2015) fueron planteadas varias fases para la recogida de información del mismo Centro de Salud y su posterior autoevaluación. En la FASE 5 se hace mención al seguimiento de los planes de mejora señalando que estos debían ser revisados periódicamente por el equipo evaluador y por los responsables de su actuación, para comprobar cómo se estaban llevando a cabo. La revisión de los planes de mejora, mencionaba la autora debe estar integrada en el proceso de seguimiento del plan de gestión de la zona. Por falta de tiempo y extensión del trabajo esta última fase no fue llevada a cabo, dejando abierta la idea de que en un futuro se reevaluaría el plan de mejora. Intentando continuar con esta línea de investigación sobre la evaluación propuesta, se contactó con la subdirección de enfermería de AP y con la responsable de enfermería de la ZBS descubriendo la falta de implementación del mismo por lo que se propuso la posibilidad de averiguar las posibles causas de esta no implantación.

La estrategia o técnica de investigación seleccionada para este fin fue el «Método del Caso» que permite el análisis del fenómeno objeto de estudio en su contexto real. De acuerdo a Yin (2009), el método del caso es una herramienta utilizada para analizar e interpretar esta realidad, que debe contribuir al conocimiento de un fenómeno individual, organizativo, social o político, en otras palabras, el método del caso es un proceso de investigación de un fenómeno y es el producto de esa investigación (Yin, 2003).

El método del caso es recomendable cuando el investigador trata de responder el tipo de preguntas: « ¿cómo? y/o ¿por qué?»; cuando no tiene control sobre el comportamiento del evento y cuando estudia hechos actuales Esta metodología describe un fenómeno dentro de una organización real como es un centro de salud, explica por qué se producen dichos fenómenos, genera buenas prácticas de actuación o valida propuestas teóricas utilizando fuentes de evidencia, en este caso cualitativa, con la obtención de datos subjetivos e interpretación de la información sin la búsqueda de tratamiento estadístico.(Sarriá 2014)

Las decisiones metodológicas siempre deben ser entendidas en el contexto de las circunstancias en que se realiza el estudio. Múltiples circunstancias influyeron en las estrategias y los procedimientos empleados.

En primer lugar fue primordial determinar cuál sería el núcleo sobre el que estudiar las cuestiones que se planteaban, (todos los profesionales sanitarios, los líderes de la organización, profesionales enfermeros, etc.) y qué se iba a analizar.

La primera fase fue revisar la literatura de referencia y las investigaciones previas. Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Dialnet, Scielo, Lilacs, PubMed teniendo en cuenta los artículos que tuvieran en algún campo las palabras claves: calidad, atención primaria, dificultades, gestión. En Pubmed se obtuvieron 29 resultados con la siguiente estrategia: “Difficult” AND “Implementation” AND “Quality” AND “Program” AND “Management” AND “Primary” AND “Care” tras repasar títulos y resúmenes no encontramos ningún artículo específico y relevante que se ajustara a las expectativas con respecto al trabajo; seguimos con la base de datos Trip y con palabras clave como “EFQM” AND “PRIMARY CARE” y dos son los resultados obtenidos cuyos resúmenes hablan de los buenos resultados del modelo de gestión EFQM sin referirse a ningún problema con la implantación del mismo. En Cochrane Plus no encontramos ningún artículo relevante con la estrategia de búsqueda: “dificultades de implantación modelo de gestión de la calidad”. Después de una primera búsqueda en los últimos cinco años se decide ampliar por el escaso número de artículos hallados. Se seleccionaron los artículos científicos de forma que el total de ellos cumplieran con los criterios de búsqueda. Se revisó la información y se resumieron los elementos necesarios para el desarrollo del trabajo. Para realizar la búsqueda se analizaron documentos que contenían información sobre la implantación de Sistemas de Gestión de Calidad basados en la norma ISO9001 y en el modelo EFQM en Centros de Salud y las dificultades encontradas.

Para validar la información encontrada en la revisión, la segunda fase nos llevó a la realización de entrevistas estructuradas abiertas con preguntas iguales para todos los entrevistados con la misma formulación y el mismo orden (anexo I) tomando como referencia lo expuesto en el artículo de la profesora Lorena Bermúdez “31 obstáculos en la implantación de un sistema de gestión de la calidad ISO9001” a los máximos responsables. En el caso de esta investigación se ha optado por realizar las entrevistas a informantes cualificados (observadores privilegiados), teniendo como tales a los líderes de enfermería: La subdirectora de enfermería de Atención Primaria y

la responsable de enfermería de la Zona Básica de Salud. Estas personas cumplen un rol fundamental en la investigación como conocedoras expertas del tema que se pretende investigar. Se encuentran en un puesto clave, son líderes de la organización y poseen información que puede ser de utilidad para el conocimiento de la cultura de cada organización. (Batthyány 2011).

Según la guía para el desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia, “la investigación cualitativa es un enfoque metodológico sistemático y subjetivo utilizado para describir experiencias vitales y darle un significado (Munhall, 2007). El conocimiento generado por la investigación cualitativa dará significado y ayudará a comprender las emociones, los valores y las experiencias vitales específicos”. En Atención Primaria los hallazgos numéricos tienen una utilidad relativa en la práctica diaria de los profesionales enfermeros. Nos sirven para conocer cuáles son las enfermedades más frecuentes que vamos a encontrar en nuestros pacientes, la causalidad de algunas de ellas y cuáles son los tratamientos más efectivos. Pero, ¿son útiles para conocer-entender por qué nuestros pacientes son cumplidores o no?, ¿por qué se comportan con hábitos saludables o no?, ¿por qué enferman unos sí y otros no?, ¿qué esperan de los profesionales sanitarios? La investigación cuantitativa responde a nuestras preguntas de cuántos, con qué frecuencia, pero nos deja en muchas ocasiones con el interrogante del porqué y el cómo. Ambos métodos cuantitativo y cualitativo tienen un campo específico de investigación y a la vez pueden ser complementarios en la comprensión de la realidad (Fernández Sanmamed 2008).

El objetivo último al usar la metodología cualitativa es conocer la perspectiva del sujeto entrevistado elegido por sus características, conocer sus interpretaciones y sus percepciones y no se pretende llegar a muestras representativas. Según Piergiorgio (2007), uno de los teóricos de la investigación cualitativa, “un número limitado de sujetos, siempre que estén bien informados y sean observadores, resulta mucho más útil que una muestra representativa”; una investigación puede ser valiosa si se realiza en un solo caso, en una familia o en un grupo cualquiera de pocas personas (Alvarez-Gayou 2003) . Si en la investigación cualitativa buscamos conocer la subjetividad, resulta imposible siquiera pensar que ésta pudiera generalizarse. Tan sólo el objetivo es estrictamente cognitivo mediante un tema guiado que propone el entrevistador respetando la libertad del entrevistado.

La entrevista se estructuró en varias fases:

1. Fase de presentación: Se facilitó a las entrevistadas informaciones sobre los objetivos de la investigación, la confidencialidad de las entrevistas y se respondió a las dudas que plantearon. Se solicitó a las entrevistadas la autorización para grabar las conversaciones

2. Fase inicial: Se trataron temas generales para "romper el hielo" para generar confianza.

3. Fase intermedia: Se realizaron las entrevistas según los temas a tratar vinculados a los objetivos de la investigación y a la bibliografía consultada y estudiada previamente y a la información obtenida. El guion de las entrevistas se elaboró con una serie de puntos de referencia de paso obligatorio para recoger la información de una forma controlada:

- 1.- ¿Cree que los pacientes están satisfechos con los servicios que se imparten en este centro de salud? ¿Cómo lo mide?
- 2.- ¿Qué indicadores existen en este centro de salud para medir la satisfacción de los pacientes? ¿Cree adecuado un sistema de gestión de la calidad para ello?
- 3.- ¿La puesta en marcha de un SGC comprometería la calidad de la asistencia de los pacientes?
- 4.- Conociendo la existencia del plan de mejora ¿Cuál es el motivo principal por el que no se implanta en AP? ¿En qué medida podría ser falta de tiempo?
- 5.- ¿Cree que los problemas de calidad le corresponden a un departamento en concreto? Lidera un departamento, pero es responsabilidad de todos.
- 6.- ¿Cree con respecto a la calidad que tan sólo es que se ha puesto de "moda"?
- 7.- ¿Cómo cree que mejoraría la calidad con la implantación del modelo EFQM?
- 8.- ¿Cómo cree que repercutiría en los sanitarios la implantación del modelo EFQM? ¿Ofreciendo resistencia al cambio o por el contrario con motivación?
- 9.- ¿Apoyaría usted el desarrollo de un programa de garantía de calidad entendiéndolo como un proceso de cambio y de esfuerzo con resultados a largo plazo? si no fuera así ¿cuáles son los motivos?

4. Fase final: Se realizó la recapitulación y se puso en común con las entrevistadas la información recogida. También se les preguntó sobre su disponibilidad para poder contactar con ellas en ocasiones posteriores para aclarar o puntualizar la información recogida.

Después de las entrevistas se procedió a recoger la información de comentarios, información adicional o cualquier otra circunstancia relevante que se considerase por el entrevistador en el cuaderno de campo.

Todas las entrevistas fueron transcritas literalmente y para su análisis se utilizó el programa Atlas ti, aunque las herramientas informáticas nunca pueden sustituir al investigador por no ser capaces de comprender el significado de los textos. El análisis de la información procedente de las entrevistas realizadas en la investigación se basó en el análisis de discurso (Casamiglia 1999). Partiendo de los textos de las entrevistas se extrajo la información relevante de lo referido por los entrevistados y que estuviese relacionado con los objetivos de la investigación. La lectura de las entrevistas se realizó en cuatro fases interrelacionadas (Francés 2015): Lectura intuitiva, temática, contextual y relacional.

Para la interpretación de la información obtenida mediante las entrevistas se usaron como referencia todos los conocimientos adquiridos en la fase previa de documentación y en la continua colaboración y conocimientos aportados en sucesivas consultas por las entrevistadas. Se trató de reconocer todo aquello que aportaba sentido. La posible subjetividad inherente al estudio se intentó limitar con el estudio documental desarrollado en paralelo (Escobar 2016) haciendo una triangulación cruzada entre los dos métodos de recolección de la información (Eisenhardt, 1989).

De acuerdo a Rada (2006) en su trabajo “El rigor en la investigación cualitativa” da viabilidad a la metodología cualitativa con el cumplimiento de los siguientes criterios: credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. La credibilidad de este trabajo está lograda porque las respuestas dadas en las entrevistas son transcripciones textuales de las entrevistas y son reconocidas como reales por las personas que participaron en el estudio y por quienes han estado en contacto con el fenómeno investigado. El método de comparación entre los resultados obtenidos (tabla y la bibliografía encontrada va a determinar la congruencia entre los resultados, y por consiguiente va a mejorar el conocimiento existente a partir de datos objetivos generando nuevo conocimiento que influye en la práctica enfermera

La transferibilidad de los resultados obtenidos a otros grupos se ve limitada por el tamaño de la muestra que aunque insuficiente para garantizar la validez externa fue suficiente para proporcionar riqueza informativa para futuros trabajos relacionados con los problemas de implantación de los Programas de Calidad en la Atención Primaria.

Para Castillo y Vásquez (2003) “reproducir el fenómeno social es difícil porque pueden variar las condiciones bajo las cuales se recolectaron los datos y resulta inverosímil controlar las variables que pueden afectar los hallazgos”

La confirmabilidad se refiere a la forma en la cual un investigador puede replicar o seguir la pista de lo que hizo otro (Guba y Lincoln 1981). Para ello se aportan registros y documentación completa de las ideas para realizar el estudio, el uso de mecanismos de grabación, el análisis de la transcripción fiel de las entrevistas a los informantes, nombrados por un número para preservar su anonimato, o la descripción de las características de los informantes como el puesto que ocupan en la organización.

DESARROLLO. RESULTADOS

La mayoría de las Comunidades Autónomas se apoyan únicamente en los Planes de Salud que con carácter plurianual analizan las necesidades en salud de cada entorno, siendo un instrumento clave de estabilidad en política sanitaria y una herramienta para la planificación y evaluación de los servicios, pero estos Planes de Salud también tienen puntos de mejora, entre otros la tendencia a la burocratización, la incoherencia entre los Planes de Salud y los Planes de Gestión y el impacto de los cambios políticos que provocan notables remodelaciones de los órganos directivos. Los Planes de Salud deberían ser elaborados con la participación activa de los profesionales y de igual manera ser claves en las fases de evaluación de los programas de gestión, y la valoración de los líderes.

El Plan de Salud del sistema público de salud de la Rioja en su capítulo 14 “Fortalecimiento del Sistema Sanitario Público de Salud de La Rioja” contempla la mejora del sistema público de salud a través del desarrollo y la implantación de sistemas de gestión, como el modelo EFQM. Este Plan reconoce la necesidad de seguir extendiendo e implementando la cultura de la calidad, normativas, estrategias y estilos de práctica al resto de organizaciones públicas de La Rioja como en Educación, donde ya ha sido implantado con gran éxito en gran parte de los colegios, al igual que el servicio de Innovación y Energía y diferentes empresas apoyadas por la ADER (Agencia de Desarrollo Económico de La Rioja). En el sistema sanitario de esta comunidad existen organizaciones reconocidas dentro del ámbito de la atención especializada (figura 3).

Tabla 1

Las organizaciones sanitarias riojanas con reconocimientos EFQM:	
Organización	Reconocimiento
Fundación Hospital Calahorra	Q oro
Servicio de Alimentación	Q bronce
Servicio de Prevención de Riesgos Laborales	Q bronce
Sistema de Formación de Especialistas Sanitarios	Q bronce
Fundación Rioja Salud	Compromiso con la Excelencia

Pero por el contrario este reconocimiento no existe en el ámbito de la Atención Primaria en ninguno de los 20 centros que hay en dicha comunidad, siendo la AP según la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, el nivel que garantiza la globalidad y continuidad de la asistencia, actúa como gestor de casos y regula los flujos, comprende múltiples actividades de prevención, promoción educación, mantenimiento, recuperación y asistencia sanitaria así como rehabilitación y trabajo social.

En el Plan de Salud de la Rioja 2015-2019 son incluidos como indicadores de valoración en la AP la cercanía de los centros asistenciales, el horario de atención, la capacitación de los profesionales de salud, la tecnología, los medios disponibles, el trato personal recibido, la información que se recibe, el confort de las instalaciones, la facilidad para conseguir cita, el tiempo dedicado por el médico al paciente y el que tarda en verle desde que pide la cita, la confianza que se trasmite así como el tiempo de espera hasta entrar a la consulta.

Pero además con la aplicación de un SGC se tendrían en cuenta las fortalezas y debilidades del centro de salud en relación a otros aspectos como la preocupación por la efectividad y la reducción de la variabilidad clínica, la eficiencia y equidad en la distribución y acceso a los recursos y el fortalecimiento de los sistemas de información entre todos los ámbitos, la idiosincrasia de cada centro, la implantación de procesos (prevención, promoción), el desarrollo de la gestión clínica, el contacto con otros

equipos, las relaciones con la comunidad , el conocimiento de los pacientes y la motivación de los profesionales.

La implantación del modelo EFQM sirve para la identificación en la Atención Primaria en su conjunto de una serie de características internas positivas (fortalezas) y negativas (debilidades) que por sí mismas ya indican la necesidad de introducir Sistemas de Gestión que permitan mantener las fortalezas y trabajar para minimizar las debilidades. (Tabla 2)

Tabla 2

FORTALEZAS AP	DEBILIDADES AP
Logro social	Descoordinación con la atención especializada y socio-sanitaria. La AP no es en la práctica el eje del sistema
Alto nivel científico-técnico	Burocratización
Participación del usuario en el control de calidad	Recursos limitados
Universalidad de la atención	Dificultad de acceso a procedimientos diagnósticos
Primer contacto en salud	No utilización del potencial de las asociaciones de pacientes
Globalidad	Insuficiente incorporación enfermería
Proximidad	Falta de visión integral de la AP
Inmediatez	Problemas de información-comunicación
Accesibilidad	Mejorable control de adherencia al tratamiento crónico
Retroalimentación positiva en la relación médico-paciente	Poca educación sanitaria de pacientes. Falta de énfasis en la prevención.
	Heterogeneidad de las Comunidades Autónomas
	Mejorable formación continuada de profesionales y en aspectos humanos
	Falta de profesionales y de tiempo

El modelo también permite incluir los aspectos externos como amenazas y oportunidades a través de sus criterios y subcriterios con una visión global de la

organización con la intención de que “la organización pueda desarrollar su propia capacidad liderada con visión, inspiración e integridad y gestionada con agilidad para añadir valor para los clientes alcanzando el éxito mediante el talento de las personas aprovechando la creatividad y la innovación para crear un futuro sostenible y mantener en el tiempo resultados sobresalientes” (Conceptos fundamentales de la excelencia, EFQM2013)

No obstante y a pesar de las ventajas que ofrece la implantación del modelo, como ya se ha dicho, este no ha sido implantado. A través de las respuestas dadas en la entrevista se extraen una serie de dificultades que pueden explicar las razones de esta no implantación. Las respuestas de las entrevistadas fueron:

Cuestión	Entrevista 1	Entrevista 2
1. ¿Cree que los pacientes están satisfechos con los servicios que se imparten en este centro de salud? ¿Cómo lo mide?	Sí. Porque se hacían encuestas de satisfacción hasta no hace mucho y eso decían	Creo que sí. La mayor parte de los usuarios así te lo hacen saber. No lo medimos.
2. ¿Qué indicadores existen en este centro de salud para medir la satisfacción de los pacientes? ¿Cree adecuado un sistema de gestión de la calidad para ello?	Ahora no se hace encuesta, pero luego se volverá a hacer. Si por supuesto	Ninguno en concreto. Se sabe de su satisfacción por la no existencia de quejas y por las encuestas que se hacen de las que se denota buena sintonía con su personal sanitario.
3. ¿La puesta en marcha de un SGC comprometería la calidad de la asistencia de los pacientes?	Sí con mayúsculas. Es la única forma de evaluar.	No tiene porque, al contrario redundaría en beneficios.
4. Conociendo la existencia del plan de mejora ¿Cuál cree que es el motivo por el que no se implanta en AP? ¿En qué medida podría ser la falta de tiempo?	Se pensaba hacer este año. No sé qué hará la nueva subdirectora, no sé si ahora interesará.	La sobrecarga actual de trabajo y la falta de personal en muchos lugares.

Cuestión	Entrevista 1	Entrevista 2
5. ¿Cree que los problemas de calidad le corresponden a un departamento en concreto? Cuestión	Lidera un departamento, pero es responsabilidad de todos.	No, tendría que estar integrado todo el personal, aunque dirigido desde algún departamento.
6. ¿Cree con respecto a la calidad que tan sólo es que se ha puesto de “moda”?	No, lleva ya mucho tiempo	No, si trabajamos con calidad, al final el servicio es mejor.
7. ¿Cómo cree que mejoraría la calidad con la implantación del modelo EFQM?	Mejoraría en liderazgo de personas y profesionales. Mejoraría en todos los criterios del modelo	En bien de los pacientes y del personal, se mejorarían tiempos y relación.
8. ¿Cómo cree que repercutiría en los profesionales sanitarios la implantación del modelo EFQM? ¿Ofreciendo resistencia al cambio o por el contrario con motivación?	Se tendrían procedimientos y criterios unificados. Con motivación. La gente tiene ganas de hacer cosas.	Al principio les costaría el cambio, pero al final mejoraría su trabajo. En la actual tesitura la mayoría ofrecería resistencia a los cambios si ello implica al principio un esfuerzo.
9. ¿Apoyaría usted el desarrollo de un programa de garantía de calidad entendiéndolo como un proceso de cambio y de esfuerzo con resultados a largo plazo? si no fuera así ¿cuáles son los motivos?	Si, por supuesto	Sí, con la ayuda y la formación necesaria.

Una vez analizadas las respuestas los resultados obtenidos de las mismas son:

Resultados
1.- Aunque las entrevistadas consideren que si están satisfechos los pacientes no existe forma de objetivarlo.
2.- No existen formas de medir resultados. Se guían por su percepción y por el número de quejas....lo cual no parece ser una información completamente ajustada a la realidad
3.- Aunque las respuestas parecen ser diferentes, entendemos que las dos hacen referencia al aspecto positivo que incorporaría la implantación del SGC en la ZBS
4.- Los motivos dados son: Falta de continuidad en el liderazgo, sobrecarga de trabajo, falta de recursos....
5.- Tienen claro que la calidad es algo que implica a toda la organización aunque si consideran necesario alguien que lo dirija. Creemos que hacen referencia a liderazgo u a formación y asesoramiento.
6.- Consideran que la calidad no es un valor pasajero. Es algo inherente al buen servicio
7.- Consideran que el modelo EFQM mejoraría el propio liderazgo, la satisfacción de los pacientes, el clima laboral y alguno de los indicadores clave como los tiempos de demora y respuesta. Respecto a los resultados según el modelo EFQM no han hecho referencia a los resultados en sociedad. Parece ser este un aspecto no tenido en cuenta a pesar de la importancia de la actividad comunitaria de la Atención Primaria que incluso los entrevistados reconocen (primer eslabón de la cadena y desde donde se puede enseñar a la población a ser partícipe de su salud
8.- Creen que se unificarían criterios, mejoraría la motivación, en general creen que mejoraría aunque al inicio habría una resistencia al cambio por el esfuerzo inicial del cambio de rutinas.
9.- Sí que estarían dispuestas a la implantación del SGC pero consideran necesario apoyo y formación previa

CONCLUSIONES

El uso de la metodología cualitativa ha permitido identificar aquellos aspectos relevantes del discurso de los entrevistados difíciles de identificar con otra metodología puesto que hay componentes complejos de la realidad humana que se escapan a los instrumentos numéricos pero que también debemos sistematizar. Sin el uso de la metodología cualitativa hay una parte de la práctica enfermera que nos resultaría difícil de analizar por el carácter holístico que la constituye. Esto ha permitido concretar las causas de las dificultades a la hora de implantar un SGC.

Se identifican dificultades relacionadas con:

1. El Insuficiente liderazgo y/o falta de continuidad del mismo para la implantación de programas de calidad. El impulso de nuevas actuaciones se produce desde el acercamiento y la sintonía de los objetivos tanto de los profesionales de los equipos como de los responsables de la gestión. Muchos profesionales opinan que hay dificultades para que los directivos o coordinadores transmitan sus directrices. Para ostentar el cargo de coordinador o directivo se deben poseer unas cualidades y capacidades idóneas para la propia misión del puesto, con las que poder resolver situaciones complejas y contradictorias como ejercer de representante de los profesionales y de manera simultánea las funciones de gestión. Una de las premisas del modelo es la absoluta implicación y compromiso de los equipos directivos, requisito sin el cual la experiencia se convertirá en un mero divertimento. En este sentido se ha apuntado que la falta de liderazgo en las organizaciones sanitarias y la falta de estabilidad de los equipos directivos, frecuente en el sector público, pueden comprometer la viabilidad de los proyectos” AP21 en su estrategia 37. Pensar que la calidad se construye solo con buena voluntad y recursos es un error, se requiere de toda una estructura que debe estar guiada desde la gerencia, con la debida planificación y el fortalecimiento de las áreas críticas y sobre todo con preparación y motivación del personal al que se le debe estimular el sentido de pertenencia institucional para después introducirlo en el esquema de la educación continua hacia la calidad, sin discriminaciones de su nivel laboral.

Por otro lado los cambios de los órganos directivos y las remodelaciones que por consiguiente se generan sin evaluar las experiencias previas para identificar las medidas que deben tener una continuidad (Tamborero, 2012). La CNT o sindicato del trabajo en una publicación en web titulada “problemas de la

sanidad como negocio” también relaciona la mala gestión de las empresas producida por los cambios de dirección y cargos, con modificaciones constantes en la forma de trabajar y objetivos. Este hecho se pone de manifiesto en las respuestas dadas por la entrevistada número 1 cuando hace referencia en la pregunta número 4, al desconocimiento de los nuevos proyectos de la subdirectora actual y de cómo destaca en la pregunta número 7 la mejoraría el liderazgo con la implantación del modelo EFQM.

2. La sobrecarga de trabajo .Los PGC no están exentos de complejidad y conlleva un gran esfuerzo su diseño. Exige disponibilidad de tiempo y por regla general desde la dirección no se facilita el espacio de tiempo necesario dentro de las jornadas laborales para acometerlo. Por otro lado en la última década y tras la reforma de la Atención Primaria, en especial la profesión enfermera está comprometida con el desarrollo de los indicadores de actividad o registros. Estos son un quehacer diario en los centros de salud y una carga administrativa importante (Fuden), y aunque si bien es cierto que los modelos de calidad deben sustentarse en un buen sistema de registro puede existir una excesiva burocratización por la necesidad de registrar todo sin ser este hecho utilizado para mejorar la actividad generando en muchas ocasiones un descontento entre el personal ante dicha labor llegando incluso a rechazar. Por ello es preciso que los profesionales noten que se utiliza para introducir mejoras y así se logrará una actitud más positiva y favorable al registro.

La entrevistada 2 en la pregunta 4 responde así: La sobrecarga actual de trabajo y la falta de personal en muchos lugares” coloca la sobrecarga de trabajo en el primer lugar de los motivos por los que no se implanta un programa de gestión de los cuidados. El modelo EFQM a través de medidas internas y objetivas como los indicadores de rendimiento supervisa, entiende, predice y mejora el rendimiento de la gestión de las personas (Serrats 2005) pero también este modelo va a tener en cuenta datos subjetivos a través de los indicadores de percepción que son precisamente las percepciones que de la organización tienen los trabajadores que la integran. Pueden obtenerse de una serie de fuentes como, por ejemplo, encuestas, grupos focales, entrevistas y evaluaciones del desempeño a todos los componentes del centro de salud

3. La insuficiente asignación de recursos. Es necesaria la asignación de recursos adicionales para llevar adelante cambios en la estructura de la organización para emprender iniciativas de mejora de la calidad, pero no

siempre se introducen estos recursos y es por esto que entre los profesionales de Atención Primaria se produce, a veces, un recelo ante los programas de gestión de la calidad. Recursos para la formación individual y en equipo de los profesionales, así como para la liberación de tiempo para implantar todas las propuestas de mejora de la organización tras la evaluación, para todo esto es necesario el suficiente personal que implica una transformación tal de la organización. La entrevistada 2 nos hace referencia a la falta de personal en la pregunta número 4 como otro de los principales motivos de la no implantación junto a la sobrecarga de trabajo arriba citada

4. Carencia de planes integrales de formación. Los PGC suponen un cambio importante porque se introducen elementos nuevos como terminología, control de costes, medición de indicadores, etc. Dado que la implantación de un programa de calidad debe tener una propuesta muy participativa para su correcto desarrollo y una actitud buena de los trabajadores, estar bien formados y conocer y dominar la materia generará seguridad y aceptación al proyecto (Moreno,2007) A través de la pregunta 8: ¿Cómo cree que repercutiría en los profesionales sanitarios la implantación del modelo EFQM? ¿Ofreciendo resistencia al cambio o por el contrario con motivación? Y la posterior repuesta de la entrevistada 2 “Al principio les costaría el cambio, pero al final mejoraría su trabajo. En la actual tesitura la mayoría ofrecería resistencia a los cambios si ello implica al principio un esfuerzo” podemos resaltar su visión beneficiosa y positiva de la implantación del modelo pero con el freno que supone el esfuerzo inicial de adaptación al cambio, disminuido en gran medida por la formación anteriormente propuesta por el modelo EFQM. La entrevistada número 2 también en su respuesta 9: “Si, con la ayuda y la formación necesaria” deja clara su postura ante la importancia de la formación del personal para que este interiorice cultura sobre gestión de calidad. La formación continuada va a ser una herramienta fundamental para unificar criterios y mejorar la práctica diaria en el cuidado de los pacientes que facilite a los profesionales la adaptación a los nuevos conocimientos, puesto que los continuos avances científicos y tecnológicos hacen que el conocimiento se quede obsoleto a un ritmo acelerado.(Marqués,2011) La entrevistada número 1 a la pregunta número 8 sobre la repercusión de la implantación del modelo EFQM dice lo siguiente: “Se tendrían procedimientos y criterios unificados. Con motivación. La gente tiene ganas de hacer cosas” respuesta que coincide con lo que la autora Susana Marqués nos dice en su ensayo.

La Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, señala la formación de los profesionales como un factor fundamental en la mejora de la cualificación profesional. La formación continuada aporta valor a la organización, aunque tampoco se puede obviar su coste, en ocasiones, bastante elevado. Por ello, los esfuerzos por establecer planes de formación adecuados y centrados en áreas estratégicas son tarea ineludible; no se trata de formar por formar, sino establecer planes con cierto rigor, adaptados a las circunstancias, en especial económicas, y por supuesto, con un análisis previo en cuanto a las necesidades de los trabajadores y las materias en las que hay que formarles. (Pérez, 2013)

Las necesidades vienen determinadas también por los cambios que se producen en la organización, y en ese caso surge la necesidad de que los profesionales se formen en cierta manera en materias como gestión de recursos, economía de la salud o gestión clínica, como parte de un proceso de cambio de mentalidad. . La incorporación de estas innovaciones implica el aprendizaje de nuevos comportamientos produciendo mayor confianza en el cambio cuantos mayores conocimientos se tienen de las circunstancias. Las nuevas actitudes y comportamientos pasarán a ser hábitos y todos los trabajadores habrán introducido el cambio en sus procesos habituales, sin olvidar que esta etapa requiere de acciones de refuerzo.

Cada organización presenta una situación singular por lo que existen otra serie de problemas que dificultan de igual manera la puesta en marcha de un PGC. A continuación se hace mención a algunos de los que presentan mayor índice de aparición:

La desmotivación de los profesionales. Hay una preocupación en las organizaciones por cómo conseguir que las personas pongan lo mejor de su voluntad en lo que se espera de ellas en el trabajo como el afrontamiento de cambios organizacionales. El modelo EFQM incluye dentro de su propuesta lo que se denomina “resultados en las personas” de los cuales, los más significativos son: la motivación, la satisfacción y la vinculación de los profesionales. Los programas de garantía de la calidad dan un gran peso en su sistemática a estas variables por el impacto tan significativo que tienen en los trabajadores. (Sanchez.2008) Si la planificación de un sistema de calidad debe ser comprendido a medio o largo plazo también de igual manera se debe motivar y preparar a los profesionales para el cambio, haciéndoles ver la

necesidad de tal cosa, mediante la toma de conciencia de que es una oportunidad, una necesidad o una solución a un problema en la organización.

La entrevistada 1 habla de la motivación de los profesionales del centro de salud Cascajos en su respuesta a la pregunta número 8 y cree que están motivados y con ganas de hacer cosas pero no existen indicadores para objetivarlo.

Según Baraibar “el progreso de las organizaciones de salud en la aplicación del Modelo EFQM de Excelencia se asocia con el aumento de la satisfacción de los empleados de la organización donde está implantado” (Baraibar 2014) y en el estudio de Fernández Lorenzo “El grado de calidad y de eficacia de los servicios prestados en un sistema sanitario está en relación directa con el nivel de satisfacción de los profesionales que en él trabajan, y pone de manifiesto que la desmoralización de los mismos es la principal dificultad a la que tienen que enfrentarse los directores y gestores de centros sanitario.” (Fernández 2016)

Otra dificultad a menudo encontrada es **el uso de la calidad como control**, vigilancia y señalamiento de errores o algo impuesto más que como una herramienta para mejorar la organización. Para evitar estas respuestas que dificultan la implantación de los programas de calidad, es preciso transmitir que con la aplicación de estos programas se consiguen resultados favorables para el desarrollo y el crecimiento profesional y que los propios profesionales pueden y deben controlar el proceso.

“El castigo fomenta la ocultación de los errores, lo que evita que se produzca el análisis de los sistemas necesario para descubrir y corregir las causas subyacentes”. El objetivo principal del análisis de los acontecimientos adversos no debe ser castigar el error humano, sino conocer las debilidades del sistema, sirve para mejorar el aprendizaje en áreas críticas “Una organización jamás podrá mejorar los procesos, si piensa que su gente es el problema”. (Vargas, M. 2008)

Los sistemas de evaluación deficitarios y escaso rigor en la aplicación de las herramientas de calidad. Los programas de mejora de la calidad cuentan con diversos instrumentos como el análisis modal AMFE, matriz de riesgos, o diagramas de flujos que nos permitirán ordenar, medir y comparar la información de manera que podamos generar nuevas ideas para resolver los

problemas que se presenten. Los indicadores de satisfacción para la implantación de los programas de calidad deben ser aceptados, reconocidos por los profesionales y no anecdóticos. Cualquier propuesta destinada a incorporar una comparación entre los profesionales ha de sustentarse en indicadores rigurosos y aceptados por ellos. Los contratos de gestión se perciben como procedimientos de poca utilidad para mejorar la actividad. Esto está motivado, en parte, porque los indicadores utilizados para la evaluación de los resultados no se considera que discriminen con criterios de calidad, tal y como se indica en AP-21

El abordaje parcial centrado exclusivamente en los procesos asistenciales y la práctica clínica sin considerar que son fundamentales también a la hora de mejorar la calidad de sus productos o servicios (Maderuelo 2002) las necesidades y expectativas de los trabajadores al igual que de los pacientes y de la sociedad en su conjunto. (Maderuelo 2002) La atención se dirige a la globalidad de la organización siendo más enriquecedora, realista y eficiente que los abordajes que se dirigen a aspectos concretos o parciales. (Emparan 2005)

La ausencia de sistemas de soporte informático. La aplicación de un Programa de Gestión de Calidad conlleva un volumen importante de información. En la actualidad los sistemas informáticos de los centros de atención primaria no han desarrollado aplicaciones enfocadas a este contexto, la profesora Bermúdez así lo refleja en su artículo 31 obstáculos en la implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001: “los formatos inadecuados para registrar la información necesaria”

Los elevados niveles de proteccionismo estatal. En un artículo publicado en Enero de 2015 sobre “los obstáculos en la implantación de la calidad ISO “por el Blog Calidad ISO apuntan como uno de los factores externos para la implantación de un modelo de gestión puede ser el proteccionismo estatal porque reduce la necesidad de mejoras y las organizaciones públicas están fuertemente protegidas de la competencia de empresas privadas

La inestabilidad política que impide desarrollar acuerdos y políticas públicas a largo plazo. Este es otro de los motivos externos a la organización que pueden influir en la no implantación del modelo según el Blog Calidad ISO.

La aparente sencillez del modelo. El ejercicio de autoevaluación, exige un gran esfuerzo, tiempo y dedicación fundamentalmente por parte de los equipos directivos y es lo suficientemente complejo para requerir una formación específica previa y frecuentemente la ayuda de asesores externos. A pesar de la incertidumbre y dificultades que la implantación del modelo puede originar, las organizaciones de nuestro ámbito que lo han aplicado animan a extender su utilización en los centros y a fomentar la cultura de la GCT constatando como las posibles reticencias iniciales desaparecen a medida que se profundiza en su conocimiento, transformándose en posiciones de adhesión y entusiasmo.

El modelo EFQM comparte con enfermería su enfoque holístico. Es este punto el que me lleva a dejar una línea abierta a futuras investigaciones a través de la siguiente cuestión ¿Qué elementos clave incorpora un programa de garantía de calidad o la gestión por procesos a la metodología sistematizada del Proceso de Atención Enfermero?

La calidad sin un control, sin un sistema de seguimiento y de monitorización de nuestras actuaciones entra en lo abstracto. El establecimiento de dicho modelo en la gestión de una organización sanitaria como es un centro de salud redundaría en los siguientes beneficios: Unificaría las actuaciones mediante una ruta descrita y consensuada por todos, evitaría la variabilidad en la práctica clínica a la hora de ofrecer la atención y los cuidados previstos, facilitaría la integración del personal de nueva incorporación y permitiría de forma gráfica hacer un seguimiento de las desviaciones que pudieran darse a cualquier nivel de la organización.(Aparcero 2005)

El proceso de implantación de un PGC parte desde la creación de una nueva realidad organizacional, no simplemente la corrección superficial de “un par de cosas, para obtener un certificado o superar una auditoría. El camino para conseguir medir la calidad es posible implantando un sistema de gestión que haga énfasis en la mejora continua, con lo que se aumentará la eficiencia de los procesos, se reducirán los costes y mejorará el grado de satisfacción de los clientes” (Velasco 2010)

Aunque pueda parecer una limitación para este trabajo el número de personas entrevistadas, la representatividad de las mismas parece suficiente justificación según los expertos consultados. No obstante, este aspecto hace que la extrapolación de los resultados a otros centros no puede ser directa, aunque puede dar una idea de los problemas que pueden surgir a la hora de implantar EFQM. Debería hacerse este estudio previamente a plantearse la implantación de un SGC en otras ZBS.

Otra limitación de este trabajo tiene que ver con la escasez de hallazgos documentales relacionados con la dificultad de la implantación del modelo EFQM en las bases de datos revisadas. Son pocos los estudios que señalan problemas de implantación de modelos de gestión de calidad y tan sólo describen los beneficios que conllevan para las organizaciones, esto también ha hecho que no limitemos la búsqueda a los últimos 5 años si no que se haya ampliado la búsqueda sin limitaciones de tiempo. Por tanto pretendemos con este trabajo aportar más información al respecto para futuras investigaciones.

“Una estructura organizativa pobre hace el buen trabajo imposible, no importa lo buenas que son las personas” Peter Drucker

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilera Guzmán M, Integración asistencial: ¿Cuestión de modelos? Claves para un debate. Grupo Saned. Sociedad Española de directivos en Atención Primaria ISBN: 978-84-96835-44-3. Documento disponible en: <http://www.sedap.es>
2. Alvarez-Gayou Jurgenson JL. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. Editorial Paidós-Educador 2003
3. Aparcero Bernet, L. Propuesta de diseño de programa de gestión de calidad para una unidad de enfermería: programa MARTE. Revista Enfuro. N 95. 2005
4. Astursalud. El CS de Vegadeo certificado en calidad por EFQM. Publicado en: <https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=37d2928cf1713210VgnVCM10000097030a0aRCRD&vgnnextchannel=9525035dd5f66210VgnVCM10000097030a0aRCRD>. Acceso 23/05/2016
5. Atisha Castillo D, García Díaz M, El lenguaje de la calidad total. Libro Editorial Universitaria Potosina. Antología. ISBN-968-6194-71-1-0376-94019-A0063. 1994. p.21
6. Avalos MI, Calidad y gestión de servicios de salud. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. Revista Horizonte sanitario 2010
7. Batthyány K, Cabrera M et al. (2011). Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo.
8. Calsamiglia, H., Tusón, A. Las cosas del decir: manual de análisis del discurso. Ariel. 1999
9. Castillo, E, Vásquez, ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Revista Colombia Médica. Vol.34:164-167. Cali Universidad del Valle.
10. Chan M, La atención primaria de salud, más necesaria que nunca, Informe sobre la salud en el mundo. OMS.
11. CNT “problemas de la sanidad como negocio”
12. Cubillos Rodríguez MC, Roza Rodríguez D, El concepto de calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad. **Revista Universidad de La Salle**, (S.I.), N.48, P. 80-99, apr.2009. ISSN 0120-6877. Disponible en: <http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/ls/article/view/1260>

13. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring.Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan.1980
14. Eisenhardt, K. M. (1989). "Building Theories from Case Study Research". Academy of Management Review, vol.14, no. 4, pp. 532-550
15. Emparan García de Salazar, Carlos. Ponencia: Evaluación de los resultados de las autoevaluaciones llevadas a cabo en la fundación hospital Calahorra .16/11/05
16. Escobar M y Mena L (2016) Cuestiones de metodología en el análisis de los problemas sociales. Capítulo 4 de Marcos de análisis de los problemas sociales. Catarata. Madrid
17. European Foundation Quality Management The EFQM Excellence Model 2010. Introducción a la excelencia. Se consigue en: <http://www.ucv.es/documentos/calidad/EFQM.pdf>
18. European Health School .Cataluña aprueba un decreto para acreditar la calidad de los centros de Primaria. 2016. Publicado en: www.mpg.es/noticias/375-cataluna-aprueba-un-decreto-para-acreditar-la-calidad-de-los-centros-de-primaria&ie=UTF-8&oe=es&client=safari
19. "Exceso de burocracia y falta de tiempo perjudican a ciudadanos y profesionales" noticia. Se encuentra en: http://web2014.fuden.es/noticias.cfm?FilalInicio=187&id_menu=27
20. Fernández de Sanmamed Santos MJ. Métodos y técnicas cualitativas en la investigación en atención primaria. Elsevier Vol 23 .N 8 .15 Mayo 2008
21. Fernández Lorenzo, Patricia Siomara. 2016 Satisfacción laboral de las profesionales enfermeras de atención primaria en La Rioja Trabajo Fin de Grado. Escuela de Enfermería (Universidad de La Rioja) "Satisfacción laboral de las profesionales enfermeras de atención primaria en La Rioja"
22. Francés García FJ, Alaminos Chica A, Penalva Verdu C, Santacreu Fernandez OA. La investigación participativa, metodos y tecnicas. Ediciones PIDLOS 2015
23. Galego P, Gutiérrez AP, Puime P, López-Fernández MD, García-Quintáns A, Castro R. Calidad en el sistema sanitario público de Galicia" Vol. 19. Núm. 03. Abril 2004.
24. Guía de autoevaluación en atención primaria. Cuestionario adaptado para la aplicación del modelo europeo de excelencia. Sacyl. Sanidad de Castilla y León (2013). Sociedad castellana y leonesa de medicina familiar y comunitaria. SEMERGEN

25. Ibarra López-Obrero E. (2015). Plan de gestión de la calidad en una zona básica de salud. Trabajo Fin de Grado. Escuela de Enfermería (Universidad de La Rioja)
26. Inclán Iríbar GM, Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco: Plan de Calidad Estrategia de mejora 2003-2007. Osakidetza/servicio vasco de salud, administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
27. Izarzugaza Iturrizar E, ¡La calidad es una enfermedad contagiosa! modelo de gestión de calidad EFQM, Norte de salud mental nº22. 2005 <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/acreditacion/ResultadoSAcred.asp>
28. La gestión de la calidad. Healthcare-in-Europe.com. 2007. Diario Médico del 19 de Abril de 1999 . Lourenço MR, Trevizan MA. Líderes da enfermagem brasileira: sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança & enfermagem. Rev latinoam enferm. 2001;9(3):14-19. (acceso em 2012 jun 21). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11493.pdf>
29. Maderuelo Fernandez JA, Gestión de la calidad total: El modelo EFQM de excelencia. Medifam, Madrid, v.12 n. 10, p. 41-54, dic 2002.
30. Malagón-Londoño G, Galán Morera R, Pontón Laverde G, Optimización del trabajo enfermero a través de un programa de gestión de la calidad Ed. Médica Panamericana, 30 jun. 2008
31. Marqués Andrés S, Formación Continuada: herramienta para la capacitación. Enferm. Glob. (Internet). 2011 Ene. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100020&lng=es
32. Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011
33. Matthies-Baraibar C, Arcelay-Salazar A, Cantero Gonzalez D, Colina Alonso A, Garcia Urbaneja M, Gonzalez Linares RM, Letona Aranburu J, Martinez Carazo C, Mateos del Pino M, nuño Solinis R, Olaetxea Urizar E, De la Rica Gimenez JA, Rodriguez Gonzalez MA, Dabouza Acebal S. Is organizational progress in the EFQM model related to employee satisfaction? PubMed BMC health serv res. 2014 oct 24; 14:468
34. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 Proyecto AP-21 p.174
35. Moreno Alego JL. Guía para la aplicación del modelo EFQM de excelencia en entidades de acción social. 2007 www.fundacionluisvives.org
36. Moreno Rodríguez A, La calidad de la acción de enfermería. Enfermería global N 6 Mayo 2005 (Internet)

37. Morse, JM. (1991). Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation. *Methodology Corner. Rev. Nursing Research*, 40(1), 23-45
38. Munhall PL 2007 *Nursing research: a qualitative perspective* 4th ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett. *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia.*
39. Patón Villar F, Lorente Granados G, Fernandez-Lasquetty B, Plan de mejora continua en prevención- tratamiento de úlceras por presión según el ciclo de Deming. *Gerokomos*. Vol. 24 nº3.
40. Pérez González S, La importancia de la formación continuada. *AyS gestión de Enfermería*, 1 abril. 2013
41. Piergiorgio C. *Metodología y técnicas de investigación social*. Editorial: McGraw-Hill Interamericana. 2ª Edición 2007. Libro P.366 ISBN13:978844815610 Disponible en: http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/t.3_corbetta_metodologia_y_tecnicas_3ra_parte_cap.10.pdf
42. Plan de Calidad 2003-2007. Estrategia de Mejora. Osakidetza/Servicio vasco de salud. Disponible en: www.osakidetza.esukadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/es_def/adjuntos/PlanCalidad2003_2007
43. III Plan de Salud de La Rioja. Disponible en <http://www.riojasalud.es/noticias/4957-iii-plan-de-salud-de-la-rioja-2015-2019>
44. Poblete Benítez LR. Modelos de gestión de la calidad total. Programa doctoral gestión avanzada en negocios internacionales. Universidad de Lleida IEDE.
45. Potter P. *Fundamentos de enfermería. Enfermería actos de cuidar y amar*, Martha Rogers: su teoría para Enfermería. 5ta ed. Barcelona: Editorial Diorki Servicios integrales de edición, p.98
46. Rada Cadenas DM. El rigor en la investigación cualitativa: técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. *Revista IPASME*, Vol. Mayo 2006. MED-IPASME
47. Reina N C. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Revista Umbral científico*, n17, 2010 p.p 18-23 disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>.
48. Salgado E. Presentación dentro del Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 Proyecto AP-21
49. Sánchez C, Motivación, satisfacción y vinculación ¿Es gestionable la voluntad de las personas en el trabajo? Publicado en *ACCIÓN PSICOLÓGICA*, enero 2008, vol. 5, n. ° 1, pág. 9-28

50. Sarriá Santamera A, Villar Álvarez F, una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención primaria. Libro: Promoción de la salud en la comunidad. Medical Investigación cualitativa 2014 p. 183
51. Serrats Urrecha G, Guía para la evaluación de la gestión de personas. Centros de excelencia 2005
52. Souza e Souza LP, Ferreira Cordeiro A Lúiza, Nunes de Aguiar R, Veloso Dias O, Vieira M^a A, Ramos Laís H. El liderazgo en la visión de Enfermeros Líderes. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Abr [citado 2016 Mayo 25]; 12(30): 268-280. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200013&lng=es
53. Suñol R, Humet C. La garantía de la calidad y acreditación en España. La salud y el sistema sanitario en España. SESPAS 2002
54. Tamborero Cao G. Integración entre atención primaria y atención hospitalaria, ¿La panacea de la coordinación entre niveles asistenciales? *Revista Economía y Salud. Boletín informativo - Año 2012. Julio. n° 74.* Se consigue en: <http://www.aes.es>
55. Vargas M, Recio M, Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: de las ideas a la acción. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. 2008 p. 12-13
56. Velasco Sánchez J. Gestión de la calidad: mejora y continua y sistemas de gestión: teoría y práctica (2^a ed.) ISBN 9788436823622 Editorial Pirámide. Resumen.
57. Villalobos NAV, La implementación en el nivel operativo del proceso de enfermería. **Rev.latinoam.enfermagem**, Ribeirao Preto, v. 7, n.1, p.67-73, janeiro 1999
58. Yin R. (2009). *Case Study Research, Design and Methods-4th edition.* Thousands Oaks, California Estados Unidos, Sage Publications
59. Young P, Hortis De Smith V, Chambi MC, Finn BC. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento (2011). *Revista médica de Chile*, 139(6), 807-813. <http://www.scielo.cl/scielo.php>
60. Zaballos Ruano A, Estévez Lucas J, Ruiz de Adana R, Calidad asistencial en atención primaria de salud (i) ¿es útil el modelo EFQM en atención primaria? Monográfico, Jano-7-13 mayo 2004.vol.LXVI N°1520

ABREVIATURAS

EFQM	European Foundation for Quality Management
AP	Atención Primaria
PDCA	Plan, Do, Check, Act
PAE	Proceso de Atención de Enfermería
PGC	Programa de Gestión de Calidad
ZBS	Zona Básica de Salud

