

Análisis del liderazgo en atención primaria mediante el modelo EFQM, con motivo de la realización de un plan estratégico

El liderazgo en las organizaciones sanitarias es trascendental. La función directiva desempeñada de forma adecuada ayudará a la misión de la atención primaria de proporcionar satisfacción a todos los elementos implicados: usuarios, sociedad y personal interno. Además, la percepción del apoyo directivo de los profesionales es uno de los factores peor valorados por los trabajadores en las encuestas de satisfacción laboral que se han realizado en nuestro medio. El impulso al desarrollo de planes estratégicos en las áreas de atención primaria del Insalud da pie al estudio de cómo actúan los líderes en este nivel de atención para desarrollar la misión, la visión y los valores; para mejorar el sistema de gestión; para conocer cómo es su implicación con los usuarios y los representantes de la sociedad y cómo llevan a cabo la motivación, el apoyo y el reconocimiento de los profesionales que trabajan en la organización. Este análisis se ha realizado en el Área 11 de Atención Primaria de Madrid, considerando líderes de nuestra organización al equipo directivo del área y a las comisiones directivas de los equipos de atención primaria (EAP).

INTRODUCCIÓN

En la gestión de atención primaria se observa la llegada de elementos de cambio relacionados con el reciente interés por la gestión clínica. Ésta incluye el escrutinio intraprofesional de la práctica clínica (con la medicina basada en la evidencia), una mayor asunción de responsabilidades en la efectividad y eficiencia en el uso de recursos por parte de los profesionales y un mayor protagonismo de los profesionales en la propia organización (*empowerment*)¹.

Los planes estratégicos serían un instrumento para ayudar en la reflexión de las organizaciones sanitarias en torno a estas ideas. Servirían para diseñar y construir el futuro deseado o, dicho de otra forma, para adaptarse a los cambios, proponer las soluciones más convenientes y determinar la dirección que debe seguir la organización.

Una vez definida la misión, la visión y los valores, la planificación estratégica se desarrolla en dos etapas: la primera es introspectiva, en la que la empresa se analiza tanto internamente, como en su entorno; en la segunda etapa se establece la planificación de las estrategias a seguir. En la etapa inicial de análisis de la situación se pueden utilizar varios instrumentos. Para el análisis interno ha demostrado ser muy útil el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management). La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad ofrece un modelo de autoevaluación que permite aplicar la gestión de la calidad total en el sector sanitario. Surgió en 1991 con financiación de la Unión Europea. Establece 9 criterios que sirven para realizar una evaluación interna comple-

■ J.A. Cortés Rubio^a, S. Ayala Luna^a, P. Álvarez Garcimartín^b, J. Domínguez Bidagor^c, A.E. Hoyo Fernández^a, E. Nieto García^d, F. Villasante Claudios^a y A. Rodríguez Balo^a

^aMédico de Familia. ^bAuxiliar Administrativo. ^cTécnica de Salud. ^dEnfermera. Área 11 de Atención Primaria. Insalud. Madrid.

Correspondencia: J.A. Cortés Rubio.
Dirección de Atención Primaria. Área 11.
C/ Alberto Palacios, 22. 28021 Madrid.
Correo electrónico: jcortes@gapm11.insalud.es

ta de una empresa, para saber cuál es el modo actual de hacer las cosas. Existen 5 criterios facilitadores (liderazgo, personal, alianzas y recursos, clientes y procesos) y 4 criterios de resultados (resultados en clientes, en personal, en sociedad y resultados claves)².

Material y métodos

Se trata de un estudio cualitativo.

Composición del grupo de trabajo

El grupo de trabajo estaba formado por 8 personas: 4 médicos (2 coordinadores de EAP, un médico de familia de EAP y un médico con tareas exclusivas de gestión), 2 enfermeras (una enfermera de EAP y un responsable de enfermería de EAP), un auxiliar administrativo (jefe de grupo de EAP) y una psicóloga perteneciente a la Unidad de Técnicos de la Gerencia de Atención Primaria.

La elección de los componentes se realizó por el director del grupo de entre una serie de profesionales que habían sido propuestos por las subdirecciones de distrito, o por los propios EAP.

Con la idea preconcebida de componer un grupo de 8 personas para facilitar la tarea de equipo, se contactó telefónicamente con 9 candidatos. Uno rechazó pertenecer al grupo de trabajo por motivos personales.

Previamente, se había comunicado al consejo de gestión la realización del plan estratégico y la necesidad de constituir diversos grupos de trabajo para hacer el diagnóstico de situación del área, resaltando su carácter participativo.

Metodología del trabajo en grupo

Tras una primera reunión de contacto, se decidió realizar reuniones largas de 6 h, en las que se consensaba la existencia o no de evidencias en cada uno de los apartados que para el criterio de liderazgo propone el modelo EFQM. El modelo aporta una descripción de qué se debe considerar dentro de cada aspecto o criterio que se revisa, mediante unos subcriterios y dentro de cada uno de ellos una serie de puntos que deben servir de guía. Los miembros del grupo recibieron formación específica sobre el modelo EFQM.

Se buscaron las evidencias mediante dos métodos. Por un lado, se consideraron evidencias aquellas que tenían una base escrita en cualquiera de los documentos disponibles en nuestra área de salud (memorias, programas, contratos de gestión, actas de reuniones, etc.). Pero también se incluyeron como evidencias aquellas afirmaciones que, aun no teniendo una fuente escrita que permitiera su comprobación, tuvieran suficiente consenso dentro del grupo.

Se consideraron líderes a todos los miembros del equipo directivo del área y a los miembros de las comisiones directivas de los EAP.

Tras analizar las evidencias de cada uno de los subcriterios de liderazgo se realizó la descripción de los puntos fuertes y las áreas de mejora. Asimismo, se puntuó según la metodología propuesta en el modelo EFQM. La evaluación interna, junto al análisis del entorno externo, permitirá una posterior orientación de las estrategias por medio de la matriz DAFO.

El Área 11 de Atención Primaria de Madrid decidió la realización de su Plan Estratégico y optó por el uso del instrumento descrito para la fase de análisis interno³.

Cada uno de los 9 criterios del modelo EFQM fue estudiado por 9 grupos de trabajo de profesionales del área y uno de estos grupos estudió el criterio de liderazgo. Es decir, quién y cómo nos lidera, cómo guiamos nuestro trabajo y nuestras decisiones.

El objetivo es exponer el estudio que se realizó del liderazgo en un área de atención primaria siguiendo el modelo EFQM, con motivo del análisis interno derivado del plan estratégico iniciado en nuestra organización. Se exponen primero los resultados del análisis del liderazgo según el modelo EFQM, luego los puntos fuertes y débiles de este criterio en nuestra área y, finalmente, los resultados de la puntuación del criterio.

RESULTADOS

Peculiaridades organizativas y estructurales del Área 11 de Atención Primaria. Estructura de mando y comisiones

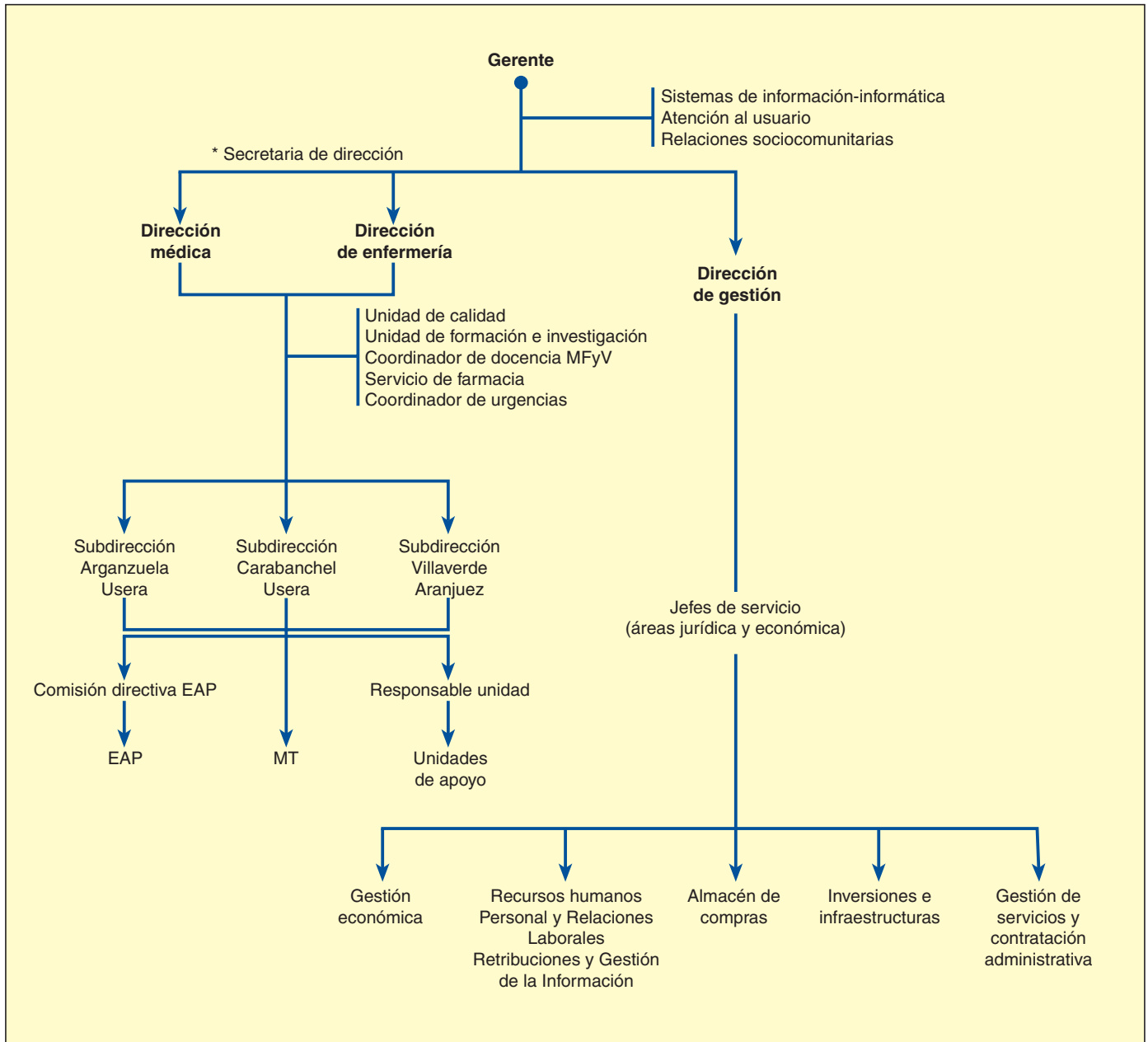
El Área 11 de atención primaria de Madrid tiene una estructura organizativa que viene definida por su organigrama, reflejado en las memorias del Área.

La composición del equipo directivo del área es la siguiente: gerente, directora médica, directora de enfermería, director de gestión, responsable de la unidad de atención al usuario, de sistemas de información, los jefes de servicio del departamento de gestión y las tres subdirecciones de distrito.

Las comisiones directivas de cada EAP están formadas por coordinador/a, responsable de enfermería y jefe/a de grupo administrativo.

Como órgano de decisión y de participación está estructurado el consejo de gestión del área: compuesto por las comisiones directivas de los equipos, un representante por cada unidad de apoyo y el equipo directivo del área. Aborda todos aquellos temas que por su relevancia afectan al conjunto de la organización. En su seno funcionan diversas comisiones cuya misión es estudiar los temas y elevar propuestas al consejo.

Tabla 1. Estructura organizativa del Área 11 de Atención Primaria del Insalud de Madrid



El consejo de gestión del distrito es un órgano de participación y debate, compuesto por las comisiones directivas de los equipos, un representante por cada unidad de apoyo y la subdirección correspondiente. Su principal función es ser foro de debate sobre temas relevantes del distrito, a la vez que hace propuestas al consejo de gestión.

Existen las siguientes comisiones de trabajo, con diferente grado de capacidad decisoria: la comisión paritaria del área (con las subcomisiones clínicas y de aten-

ción al usuario) y las de coordinación con atención especializada (Hospital 12 de Octubre, Fundación Jiménez Díaz y Hospital Clínico); comisiones de farmacia del Área 11 con la Fundación Jiménez Díaz y el Hospital 12 de Octubre; de incentivos; de personal; de organización y funcionamiento de los equipos; de imagen y comunicación; de asignación de recursos; comisión de formación; comisión asesora de la unidad docente; de investigación; de compras, y la comisión de seguridad y salud laboral.

Análisis de los subcriterios del criterio de liderazgo del modelo EFQM

Subcriterio 1a

Cómo los líderes desarrollan la misión, la visión y los valores de su organización, actuando de acuerdo con ellos dentro de una cultura de excelencia

1. Cómo los líderes desarrollan claramente la misión, la visión y los valores, actuando como ejemplo:

– La dirección del área definió explícitamente la misión de la organización en los contratos de gestión asistencial de las unidades de provisión.

– Los líderes (dirección del área y comisiones directivas) no han sabido transmitir la misión de la organización (de hecho, muchos profesionales de los equipos y gerencia no conocen siquiera que exista explicitada esa definición de la misión en los contratos de gestión asistencial de los EAP).

– En cuanto a los valores, el equipo directivo y las comisiones directivas tienen mayor grado de compromiso, actuando como modelo para los demás; así, por ejemplo, los líderes suelen extender su jornada laboral más que el resto de los profesionales, ofrecen mayor colaboración para hacer trabajos extraordinarios (participación en comisiones y grupos de trabajo del área, abordaje de problemas de los centros, evaluación de incentivos, evaluación de cartera de servicios, etc.), tienen una actitud ejemplarizante en el cumplimiento de las normas del área y se involucran en mayor medida en las sesiones y reuniones de los equipos o del área.

– Los líderes también actúan como modelo al obtener, habitualmente, buenos resultados en las evaluaciones de incentivos y la cartera de servicios.

– Los líderes muestran una especial sensibilidad por aspectos de calidad en la organización realizando peticiones y sugerencias tanto relativas al trabajo diario como de mejoras del servicio de carácter estructural.

2. Cómo los líderes establecen prioridades y las traducen a la realidad:

– El equipo directivo del área y las comisiones directivas de los equipos elaboran sus objetivos anuales que vienen re-

cogidos en el documento de objetivos del área. Sin embargo, se considera que la participación de las comisiones directivas en la elaboración de esos objetivos es limitada e irregular. En este documento se priorizan líneas a seguir en relación con la calidad de los servicios (uso racional del medicamento, agendas de calidad, trato al usuario, calidad organizativa o asistencial). Estas prioridades son debatidas por los líderes en las reuniones periódicas establecidas (reuniones de EAP, de departamento, consejos de distrito, consejo de gestión de área).

– El equipo directivo del área prioriza a través del contenido de los contratos programa que firma con la presidencia del Insalud. Asimismo, las comisiones directivas de los EAP y los líderes de los departamentos de gestión priorizan sus objetivos anualmente en los propios contratos de gestión.

– Desde 1997 se redacta anualmente un documento de incentivación por una comisión de incentivos en el que están presentes personas del equipo directivo, las comisiones directivas y profesionales sin responsabilidad directiva.

– Los líderes priorizan anualmente las necesidades de cada equipo, unidad y departamento (plan de necesidades), tanto en material clínico, como en mobiliario y pequeñas obras de acondicionamiento en la línea de mejorar la calidad de nuestros servicios.

– Se ha favorecido la implantación y el desarrollo de planes formativos priorizados por cada EAP. Está establecido como parte del plan formativo de cada EAP.

– Otro medio de implicación es la realización de las memorias anuales que cada centro elabora al fin del ejercicio, en las que se recogen las propuestas de mejora y las prioridades de todo tipo para el año siguiente.

– Se observa que en ocasiones se han priorizado en el área objetivos cuyo desarrollo requería recursos de los que no se disponía: servicio de diagnóstico precoz del cáncer de mama, cuando no era posible solicitar una mamografía por parte de los profesionales de este nivel, la ausencia de material para desarrollar el servicio de cirugía menor, cuando se implantó en atención primaria o el inicio de la informatización de los centros de salud, sin tener soluciones para su desarrollo práctico.

Los líderes (dirección del área y comisiones directivas) no han sabido transmitir la misión de la organización (de hecho, muchos profesionales de los equipos y gerencia no conocen siquiera que exista explicitada esa definición de la misión en los contratos de gestión asistencial de los EAP)

3. *Cómo los líderes realizan la transferencia de responsabilidades, la participación y la toma de decisiones:*

– Las comisiones directivas de los centros de salud tienen reuniones periódicas con sus profesionales, siendo estas reuniones órganos de participación de los profesionales y de toma de decisiones sobre diversos asuntos (de forma explícita en el contrato de gestión asistencial de los años 1998, 1999 y 2000 hay un compromiso de una reunión de equipo al mes).

– Las comisiones directivas delegan responsabilidades a través de las comisiones de los centros de salud y de los responsables de programas, con los que se reúnen periódicamente para el seguimiento de sus objetivos. En todos los equipos están definidos quiénes son los responsables de los diferentes programas y comisiones, siendo necesaria su especificación en los contratos de gestión asistencial de cada EAP.

– La dirección transfiere la responsabilidad de la toma de decisiones a algunas comisiones del área, como son las de compras, la de formación y la de personal. Asimismo, se favorece la participación por medio de otras comisiones de área: comisión de incentivos, distribución de recursos, organización de los equipos, atención al usuario, etc. Se comunicó en varios consejos de gestión de área en los últimos años, que la participación en las comisiones está abierta a todos los profesionales. Se tiene la impresión de que no llega a los miembros de los EAP cuáles son los cauces para su participación en estos grupos.

– Las reuniones de los consejos de distrito están establecidas como órganos de participación y debate. Los consejos de gestión de área tienen como misión ser órganos de participación, debate y toma de decisiones.

– La gerencia transfiere responsabilidades en la toma de decisiones a las comisiones directivas en todos los aspectos que se incluyen como autogestión en los contratos de gestión asistencial de los equipos. En concreto éstos son: capítulo I (suplencias), capítulo II (electricidad, agua, teléfono y material), capítulo IV (farmacia), facturación a terceros, organización de las agendas y asistencial, atención al usuario y reclamaciones y formación continuada.

– Asimismo, las comisiones directivas han asumido la responsabilidad de la aplicación del sistema de incentivación aprobado en el área, junto con otros profesionales dentro de su propio EAP (incentivación individual). Viene recogido en los documentos de Evaluación de Incentivos de los años 1997, 1998 y 1999. Por otro lado, los jefes de departamento de la gerencia asumieron la evaluación para incentivos de sus profesionales.

– En el año 1999, se trasladó a las comisiones directivas, con la participación de otros miembros del EAP, la responsabilidad de hacer la evaluación del desempeño de los interinos para designar las plazas afectadas por los concursos de traslado y libre. Viene especificado en el documento de evaluación del desempeño para la designación de plazas de 1999.

– El equipo directivo del área no apoya, en ocasiones, las decisiones tomadas por las comisiones directivas de los EAP, lo cual se vive como una desautorización de las mismas.

Subcriterio 1b

Implicación personal de los líderes para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización

1. Cómo los líderes realizan el proceso de desarrollo, despliegue y actualización de la política y estrategia:

– Los líderes favorecen la implantación y el despliegue de las estrategias a través del documento de objetivos anual, el contrato de gestión asistencial, las reuniones de distrito y de área y las reuniones con los equipos. Otros documentos que recogen los objetivos y estrategias son: programas, protocolos y memorias de los equipos y del área anuales.

– La dirección del área facilita el despliegue de las estrategias; así, por ejemplo, en la estrategia de mejora de las agendas, además de figurar explícitamente en el documento de objetivos y el contrato de gestión, y de haber sido comentado por la dirección en muchas de las reuniones mencionadas, se realizó un curso formativo específico sobre agendas de calidad, en varias ocasiones, en 1998 y 1999.

Los líderes favorecen la implantación y el despliegue de las estrategias a través del documento de objetivos anual, el contrato de gestión asistencial, las reuniones de distrito y de área y las reuniones con los equipos

En la estrategia de mejora de las habilidades directivas, se desarrolló un curso específico de formación de los equipos directivos en 1999 y en junio de 2000.

La dirección del área se involucra en la preparación y desarrollo de los talleres de incorporación de los nuevos EAP.

– Asimismo, se realiza un cuadro de mandos mensual que se difunde a las comisiones directivas. Este cuadro contiene datos del seguimiento de cada EAP y también comparativos entre equipos, favoreciendo la mejora de aquellos que están más desviados.

– Las líneas estratégicas son discutidas en los procesos de negociación y firma de los contratos de gestión asistencial entre la dirección y los equipos.

– Hay un seguimiento de las políticas y estrategias a través de las reuniones periódicas establecidas entre las subdirecciones y las comisiones directivas de los equipos y de éstas con los EAP, para hacer el seguimiento de los resultados de la cartera de servicios y de la autogestión, de acuerdo con el contrato de gestión del EAP.

– El equipo directivo del área mantiene una reunión semanal para revisar el desarrollo y despliegue de los objetivos del área. Desde febrero de 2000 existen órdenes del día y actas de esas reuniones.

2. *Cómo los líderes favorecen la creatividad e innovación:*

Hay evidencias en cuanto a innovación por parte del Área 11, y en relación a otras áreas de atención primaria, en los siguientes aspectos:

– En referencia a la educación para la salud (EPS), se considera innovadora la existencia de una figura técnica responsable en el área, la existencia de responsables en cada EAP, así como de las comisiones de distrito de EPS. Además, se ha impulsado por la dirección del área la formación en EPS a través de varios cursos en los últimos años. Existen actas de las reuniones de las comisiones de distrito y un listado de los responsables de EPS y participación comunitaria de los EAP.

– Fue innovadora la creación, así como el impulso y el mantenimiento, de una unidad de cuidados paliativos que sirve

de apoyo a los EAP en el cuidado de los pacientes oncológicos terminales. Esta unidad ha servido también para la formación de los profesionales sanitarios en cuidados paliativos.

– También evidencia la creatividad y su impulso por la dirección, la alta participación de los profesionales del área en comunicaciones a jornadas y congresos y en publicaciones en revistas científicas.

– Se desarrolló en 1997, 1998 y 1999 un sistema de incentivación a propuesta de la comisión de incentivación y motivación, sus conclusiones fueron aprobadas por el consejo de gestión del área.

– Se constituyó un sistema de evaluación del desempeño en 1999 para los profesionales de la gerencia que se ha continuado en 2000.

– La dirección del área promueve numerosos grupos de trabajo tanto clínicos dependientes de la subcomisión clínica de la comisión paritaria del área como de otro tipo (v. introducción).

– Se considera especialmente innovador el trabajo de relación con la población a través de los consejos de salud, de los que existen las correspondientes actas.

– Se promovió por parte de la dirección, la creación de la comisión de comunicación e imagen que ha trabajado en: *a)* creación del logotipo del área; *b)* creación de una revista del área, *Nosotros*, cuyo primer número apareció en 1999; *c)* diseño de la tarjeta identificativa para los profesionales; *d)* realización del manual de acogida para los profesionales que se incorporan al área (fue entregado en mayo de 2000); *e)* realización de un tríptico informativo para la población general sobre los servicios de los equipos, y *f)* desarrollo de la imagen corporativa del área.

– Resulta especialmente innovador la potenciación de la atención al usuario por parte de la gerencia.

– En 1999 se creó la página web del Área 11 (www.area11ap.hl2o.es).

– No se ha contemplado en el área, el reconocimiento o la incentivación por la aportación de ideas innovadoras por parte de los trabajadores. Aun así, en el documento de evaluación del desempeño de la gerencia sí existen factores relacionados con la creatividad y la innovación, y se tienen en cuenta para incentivos. Además, el área mantiene financiación de parte de los gastos que se originan para la

En referencia a la educación para la salud (EPS), se considera innovadora la existencia de una figura técnica responsable en el área, la existencia de responsables en cada EAP, así como de las comisiones de distrito de EPS

presentación de comunicaciones o trabajos aceptados a jornadas y congresos, aunque los recursos para este fin son bastante limitados.

Subcriterio 1c

Cómo los líderes de la organización se implican personalmente con clientes, partners (individuos o grupos con los que el centro u organización tiene establecido algún tipo de alianza) y representantes de la Sociedad en actividades de mejora conjunta

1. Clientes: pacientes, familiares, departamentos de sanidad, compradores de servicios, asociaciones de usuarios, etc.:

– Las comisiones directivas responden a las reclamaciones por escrito. Una parte de las reclamaciones son contestadas por las subdirecciones y la unidad de atención al usuario. Existe el compromiso en los contratos de gestión anuales de la gerencia con los equipos, de su respuesta de las reclamaciones en un plazo inferior a 30 días.

Las reclamaciones que se realizan en persona se abordan mediante entrevista con los usuarios, bien en el momento o concertando cita. En el caso de las comisiones directivas de los equipos, al no existir un tiempo formalmente reservado para ello, en ocasiones se altera la labor asistencial.

– A pesar de la existencia de buzones de sugerencias en muchos centros, no se ha fomentado su uso, siendo el número de sugerencias recogidas muy bajo. Los líderes de algunos centros de salud favorecieron la colocación de buzones de sugerencias en las asociaciones de vecinos del barrio, con el objetivo de incrementar su número.

– Las reclamaciones de los usuarios, se utilizan por los equipos directivos para la detección de problemas y para fomentar líneas de mejora.

– En el área, la dirección impulsa la realización anual de una serie de encuestas, en relación a la atención al usuario:

- Encuesta de atención telefónica.
- Medición de los tiempos de espera y de atención.
- Encuesta de satisfacción del usuario (encuesta telefónica a los usuarios) que realiza el CIS.

Estas encuestas han dado lugar a algunas estrategias impulsadas por la dirección del área: cursos de formación en atención telefónica (en 1999 y 2000); publicación de la guía de atención al usuario en 1999; curso de atención al usuario e impulso para la implantación de agendas de calidad en los EAP, en 1999 y 2000. Asimismo, la unidad de atención al usuario realiza desde 1999 visitas periódicas a los centros para revisar diversas áreas de trabajo de las áreas administrativas y desarrolla unos talleres prácticos sobre la organización de la unidad administrativa de atención al usuario durante el año 2000.

– Los líderes de la organización proponen la realización de actividades de participación comunitaria, y los equipos directivos de los EAP se comprometen en su realización a través de los contratos de gestión. Estas actividades se llevan a cabo en escuelas, asociaciones de vecinos, centros de la tercera edad y centros cívicos del ayuntamiento y otras organizaciones ciudadanas.

– Los directivos y mandos intermedios fomentan y participan en el desarrollo de los consejos de salud de distrito. El impulso de las comisiones directivas de los EAP ha sido fundamental en la creación de varios consejos de salud de barrio o zona. En estos consejos, así como en los de distrito se proponen mejoras en los servicios que se ofrecen en los centros de salud. La participación de los profesionales en estas actividades es irregular, dependiendo de la motivación, currículum profesional y de la propia actividad e interés de las asociaciones.

– Existe una sección denominada “La Voz del Usuario” en la revista del área, *Nosotros*, en la que participan las asociaciones de vecinos.

– Se han celebrado en 1999, unas jornadas de encuentro con los ciudadanos en dos distritos, Arganzuela y Carabanchel, donde participaron líderes y profesionales del área junto con los vecinos de esos distritos.

– En relación con otros departamentos sanitarios, la dirección del área mantiene reuniones periódicas con los técnicos de salud pública de la Comunidad de Madrid; se realizó una sesión de los técnicos en los consejos de distrito sobre las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) en marzo de 2000. Las comisiones

Existe el compromiso en los contratos de gestión anuales de la gerencia con los equipos, de su respuesta de las reclamaciones en un plazo inferior a 30 días

La gerencia del área ha sido impulsora de los foros de atención primaria de Madrid que se han organizado en el Colegio de Médicos de Madrid durante 1999 y 2000

directivas impulsan, en relación con la comunidad, la vacunación de la meningitis y parotiditis en colegios, la realización de las EDO y el manejo de los contactos de tuberculosis. Asimismo, existen reuniones periódicas con las residencias geriátricas del área, habiéndose elaborado la guía de práctica clínica en residencias geriátricas y la guía para el registro y seguimiento de pacientes ancianos institucionalizados.

– Existe una mesa de salud escolar con la Junta Municipal de Arganzuela y con los municipios de Aranjuez, Valdemoro, San Martín de la Vega y Ciempozuelos, donde participan miembros de la dirección del área.

– La dirección del área impulsa la mejora de los servicios que se ofertan a la población a través del desarrollo del modelo de EAP que se ha ido incrementando en los últimos años (cobertura del nuevo modelo de atención primaria: 1996 [77%]; 1997 [81,42%]; 1998 [86,25%]; 1999 [88,22%]). También existe un compromiso de la dirección con la mejora de las infraestructuras a través de la construcción de nuevos centros de salud (1996, Los Ángeles y Almendrales; 1997, San Andrés; 1998, Puerta Bonita; 1999, General Ricardos) y la mejora o reforma de los existentes.

– Se elaboró un documento de atención a jóvenes que se entregó a las comisiones directivas en diciembre de 1999.

2. Proveedores de farmacia, material sanitario, tecnología, voluntariado, etc.:

– Los líderes de los EAP supervisan los trabajos de las empresas de mantenimiento, la provisión de material clínico, de farmacia, de papelería y del material informático, y firman el albarán.

– Hay una comisión de compras en el área que se reúne periódicamente, que tiene una relación directa con los proveedores y que, a su vez, recibe y estudia las propuestas de inclusión de nuevos productos recibidas de los profesionales.

– La dirección del área fomenta una auditoría del cumplimiento de los contratos con los proveedores en los centros de salud por parte del departamento de gestión de infraestructuras.

– No existe una estrategia o política de relación del área con la industria farma-

céutica. Aunque existen unas normas generales en relación a los visitantes médicos, no se han establecido sistemas apropiados de supervisión y control.

– Los líderes del área han favorecido la relación entre los equipos y las siguientes asociaciones: ONG (Semilla y Tomillo), Grupo de Voluntariado del Espinillo, Voluntariado de Personas Mayores de Arganzuela, Alcohólicos Rehabilitados, Alcohólicos Anónimos y Asociación de Mujeres de Carabanchel, Personas Solas de Aranjuez, Meseta Orcasitas, y otros. No obstante, la mayor actividad queda aún por hacer.

– Los directivos del área han impulsado la recogida de medicamentos que ha organizado la unidad de farmacia y que se destina a la ONG Solidarios para el Desarrollo. También se ha impulsado el reciclaje de papel en los centros de salud a coste cero y con garantía de confidencialidad y destrucción. Asimismo, existe un circuito para los residuos biosanitarios. No se han impulsado circuitos para la recogida de otro tipo de material (pilas, tóner de impresoras, etc.).

3. Otras organizaciones externas: asociaciones profesionales y científicas, colegios, otros centros sanitarios y servicios, representantes de la sociedad, etc.:

– Por parte de la dirección del área se organizaron las V Jornadas del Área con el Hospital 12 de Octubre en diciembre de 1998.

– Los líderes del área, tanto de dirección como de comisiones directivas, participan en asociaciones científicas y profesionales (Semfyc, AMAS, Semap, Sociedad de Administrativos de Atención Primaria, etc.). Además, participan en diversas publicaciones como *Centro de Salud*, *Revista de Administración Sanitaria*, *Medifam*, *Médicos de Familia*, etc.

– La gerencia del área ha sido impulsora de los foros de atención primaria de Madrid que se han organizado en el Colegio de Médicos de Madrid durante 1999 y 2000. Estos foros iban dirigidos a reflexionar sobre los problemas y las posibles soluciones de la atención primaria de nuestra comunidad.

– La gerencia estableció acuerdos con las organizaciones sindicales para la contratación de nuevos interinos en 1998.

Asimismo, se firmó un acuerdo sobre el sistema que debe aplicarse para la designación de plazas para los concursos libres y de traslado en 1999.

Los sindicatos participan en las entrevistas de trabajo que realiza la comisión de personal.

– Los líderes del área hacen un esfuerzo de coordinación con atención especializada a través de su participación en la comisión paritaria y las subcomisiones con el Hospital 12 de Octubre, en la del Hospital Clínico y en el grupo de coordinación con la Fundación Jiménez Díaz. Se desarrolló el documento del parte de interconsulta en 1997 y otro similar para el distrito de Arganzuela con la Fundación Jiménez Díaz en marzo de 2000. Se potencia el programa de rotaciones por los servicios de urgencias, cardiología y pediatría del Hospital 12 de Octubre. Se establecieron protocolos conjuntos (actuación ante la exposición a sustancias biológicas, coordinación para la atención al paciente con patología osteomuscular, citologías crevicovaginales, úlceras vasculares, etc.). Y se fomenta la participación de facultativos de atención especializada en los programas del área y en las comisiones de farmacia entre atención primaria y especializada.

– Los líderes participaron en el Foro Minorías de Villaverde desde 1998, donde se valoró el efecto de la contaminación ambiental en este barrio, el rebaje de las aceras para minusválidos y la actuación sobre otras barreras arquitectónicas. La gerencia apoyó con un escrito estas peticiones.

– La dirección del área ha favorecido la relación con el Colegio de Enfermería de Madrid, en cuanto a cursos de formación continuada, y con las universidades para las rotaciones de estudiantes de enfermería (Universidad Complutense, Pontificia de Comillas y Europea CEES).

– La gerencia impulsa la unidad docente de medicina familiar y comunitaria en relación con el Ministerio de Sanidad, formada por nueve EAP y el Hospital 12 de Octubre.

– La gerencia del área potencia y facilita la participación de profesionales en diversos grupos de trabajo de la subdirección territorial de Madrid (de enfermería, cartera de servicios, atención al usuario y educación para la salud).

Subcriterio 1d

Cómo los líderes llevan a cabo la motivación, apoyo y reconocimiento de los profesionales que trabajan en la organización

1. *Cómo se involucran en la comunicación de la misión, la visión y los valores, en la comunicación de los objetivos, las estrategias y los resultados:*

– Los líderes comunican la misión, la visión y los valores en los consejos de gestión del área. Se analizan los resultados y se discute sobre las estrategias y los objetivos del año siguiente.

– Asimismo, la gerencia, en sus reuniones con cada equipo, y las subdirecciones, en los pactos de objetivos con cada equipo, transmiten aspectos relacionados con la misión, la visión y los valores, con los objetivos asistenciales y no asistenciales y con los resultados obtenidos, proponiendo mejoras en aquellos aspectos más deficientes. Este punto está más dificultado en el caso de las comisiones directivas en relación con sus equipos, influido por aspectos como la falta de tiempo, la motivación, el compromiso y otras, lo que conlleva que la transmisión se refiera más a tareas y actividades que hay que realizar, que a la misión, la visión y los valores.

2. *Cómo los líderes escuchan a los profesionales:*

La dirección del área tiene una buena disposición para la comunicación con los profesionales. Hay buena accesibilidad tanto para entrevistas personales como para consultas telefónicas. Sin embargo, el acceso es más limitado para aquellos profesionales que trabajan en el turno de tarde.

3. *Cómo estimulan y apoyan a las personas de la organización para hacer realidad sus planes, objetivos y metas, aportando formación, apoyo de la organización y los recursos:*

– La dirección mantiene unidades técnicas de calidad, farmacia y formación para apoyar a los equipos, tanto en el desarrollo de planes, como en aspectos formativos relacionados.

Los líderes comunican la misión, la visión y los valores en los consejos de gestión del área. Se analizan los resultados y se discute sobre las estrategias y los objetivos del año siguiente

Hay un reconocimiento general al trabajo de los profesionales y a su honestidad en la entrevista al gerente, en la revista *Nosotros* de 1999

– Se han aprobado por la dirección del área permisos sin sueldo para la preparación de oposiciones en las distintas categorías dentro de la atención primaria.

– La dirección favorece a través de los contratos de gestión la realización de actividades no asistenciales, que estimulan la participación de un mayor número de profesionales en actividades de participación comunitaria, docentes y de investigación.

– Los líderes del área favorecen la asistencia a reuniones de grupos de trabajo de organismos oficiales o asociaciones científicas.

– Los puestos directivos en los EAP son poco atractivos para los profesionales por el escaso desarrollo directivo de estas figuras y el exceso de cargas de trabajo, al tener que compatibilizar estas funciones con las de cualquier otro miembro del equipo y por el poco reconocimiento de los compañeros y, a veces, de los superiores. Falta además, una retribución económica acorde con el puesto directivo que se desempeña.

– En ocasiones, se observa un escaso apoyo desde los directivos para la realización de tareas que suponen una mejora en el desarrollo profesional: falta de aprobación de la compra de material de cirugía menor, imposibilidad de conexión a Internet desde los centros de salud, etc. A veces, estas dificultades se relacionan con aspectos estructurales que mejorarían la calidad de nuestro trabajo, como la imposibilidad de acceso telefónico desde las consultas médicas y de enfermería para contactar con los pacientes o con otros niveles de asistencia, o temas relacionados con las condiciones del trabajo: informatización, mejora de los puestos de atención, calidad de las infraestructuras, etc.

– La dirección y las comisiones directivas favorecen la participación de los profesionales en seminarios y jornadas, facilitando la asistencia mediante la concesión del permiso correspondiente.

– La dirección impulsa y mantiene la suscripción a revistas científicas de los equipos docentes. La dotación de los equipos no docentes ha sido más irregular a lo largo del tiempo y depende de la situación presupuestaria de cada momento.

– La dirección impulsó la creación de una biblioteca de área. Sin embargo, es poco utilizada por los profesionales, pu-

diendo influir en ello su escasa accesibilidad por su situación geográfica y horario.

Se estimula la participación en los medios de comunicación locales y revistas ciudadanas, así como la colaboración de algunos EAP en actividades ciudadanas.

4. Reconocimiento oportuno a personas y equipos que se esfuerzan por mejorar:

– En la memoria anual del área de los últimos años hay un reconocimiento general por parte de la dirección a la colaboración de los profesionales en los resultados obtenidos.

– Hay un reconocimiento verbal explícito de la gerencia de los logros de cada año, en las reuniones anuales con cada EAP. Además, se felicita por escrito por parte del gerente a los profesionales que presentan comunicaciones a congresos, publican en revistas científicas o participan en documentos del área (protocolos y programas). También se felicita en los casos de participación en jornadas o grupos de trabajo.

– Hay un reconocimiento general al trabajo de los profesionales y a su honestidad en la entrevista al gerente, en la revista *Nosotros* de 1999.

– Hay una mención en el cuadro de mandos a los logros de los equipos.

– Los recursos para el reconocimiento y motivación se consideran insuficientes: falta a veces el contacto personal de los líderes con los profesionales; no existen sistemas de reconocimiento para ideas innovadoras en el área; no existen mecanismos para realizar un reconocimiento a través de primas en especie o económicas.

– Aunque los acuerdos sindicales han disminuido la posibilidad de decisiones arbitrarias en temas de contratación y ceses, también suponen una disminución de las herramientas de reconocimiento de la gerencia.

– En 1999 se impulsó, por parte de la dirección, la realización de una evaluación del desempeño de todo el personal de la gerencia, incluido el propio equipo directivo.

– Se impulsó por la dirección la creación de un sistema de incentivos económicos que se viene aplicando desde 1997. Este sistema de reconocimiento (que está recogido en el documento de evaluación de incentivos) está muy separado en el tiempo del período evaluado.

– La participación de las comisiones directivas en las discusiones y toma de decisiones de los consejos de gestión es un elemento de reconocimiento; aunque, en ocasiones, se trasladan a los consejos de decisiones que debería tomar la gerencia.

– Se produce una entrevista del gerente con los miembros de las comisiones directivas, tanto en su nombramiento como en su cese o renuncia.

– En las jubilaciones de los profesionales existe un reconocimiento a través de un acto oficial en los centros, al que acude la dirección y se entrega una placa conmemorativa, en la que se agradece la labor llevada a cabo. Además, existe un reconocimiento de los profesionales a los 25 años de trabajo en el Insalud.

– Asimismo, existe una asignación económica para la fiesta de Navidad a cada EAP, aunque las cantidades son consideradas escasas.

– Existe una preocupación especial por parte de los líderes por apoyar afectivamente a los profesionales en momentos reseñados de forma especial (fallecimiento de familiares, accidentes, enfermedades graves, etc.).

– Las comisiones directivas felicitan a sus equipos en sus propias memorias, resaltando los logros más reseñables de cada año. Las comisiones directivas reconocen también el trabajo de los suplentes a través de su contratación sucesiva. Se opina que, en ocasiones, la contratación de los suplentes se ha realizado en condiciones abusivas, por la presión de la disponibilidad presupuestaria en el artículo 13.

Resultado de la puntuación del criterio de liderazgo

En la matriz de puntuación de las evidencias que propone el modelo EFQM se tienen en cuenta los aspectos básicos siguientes: enfoque (que se refiere a la planificación), despliegue (o grado en el que se ha aplicado el enfoque descrito), y evaluación y revisión (que se refiere al control y evaluación). Además, se establece una puntuación entre 0 y 100. Para ayudar a la asignación de los puntos, se hace una ordenación cualitativa según el grado de evidencia: sin evidencia, o anecdótica (si la afirmación que se realiza no tiene hechos que la respalden); alguna eviden-

Tabla 2. Puntuaciones de los subcriterios de liderazgo del modelo EFQM: se compara la puntuación otorgada por el grupo evaluador y la del equipo directivo del área

	PUNTUACIÓN DEL GRUPO EVALUADOR %	PUNTUACIÓN DEL EQUIPO DIRECTIVO %
Subcriterio		
1a	27	28
1b	38	38
1c	39	38
1d	29	34
Total	133	138
Evaluación del criterio	33,4	34,5

Tabla 3. Subcriterio 1a. Cómo los líderes desarrollan la misión, visión y valores de su organización, actuando de acuerdo con ellos

Puntos fuertes

Los líderes tienen una actitud ejemplarizante respecto al compromiso, el desempeño profesional y la capacidad de escucha, así como en su preocupación por aspectos de calidad externa

Los líderes establecen prioridades teniendo en cuenta aquellas condiciones que mejoran la calidad del servicio tanto en objetivos en salud como económicos

Existe una estructura formal para la participación y transferencia de responsabilidad desde la gerencia en la toma de decisiones a través del consejo de gestión del área y los consejos de distrito y las comisiones del área. Y desde las comisiones directivas a través de reuniones periódicas de éstas con sus equipos, la definición de los responsables y las comisiones

Los líderes propician la definición clara de los ámbitos de responsabilidad en cuanto a autogestión, evaluación para incentivos y evaluación del desempeño

Puntos débiles

Los esfuerzos para transmitir la visión, la misión y los valores no han obtenido el resultado deseado

La participación de las comisiones directivas en la priorización de objetivos es limitada e irregular. Además, no todos los objetivos priorizados se acompañan de los recursos necesarios para alcanzarlos

No existen sistemas para detectar a los profesionales con competencia e inteligencia emocional para los puestos directivos. No se realiza un análisis de la estructura

de la organización, ni se diseñan los puestos de trabajo. Los cargos directivos no son puestos atractivos para los profesionales de los equipos

No hay suficiente transferencia de responsabilidades de las comisiones directivas a los profesionales de los equipos de atención primaria

En ocasiones las decisiones de los líderes de los equipos, no obtienen suficiente apoyo y respaldo por parte de la dirección del área. Puede ser debido a la falta de definición de sus responsabilidades y capacidad en la toma de decisiones, así como el trabajar en una organización con un modelo que no es estable y que está en continuo cambio

Tabla 4. Subcriterio 1b. Implicación personal de los líderes para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización

Puntos fuertes

La dirección del área dispone de varios instrumentos para poner en marcha sus estrategias: los contratos de gestión asistencial, el cuadro de mandos, los objetivos del área, las reuniones de área y de distrito

El Área 11 es muy innovadora en varios temas: comunicación e imagen, sistemas de evaluación del desempeño y de incentivación, participación comunitaria y educación para la salud, atención al usuario, unidad de cuidados paliativos, etc.

Puntos débiles

No hay suficiente participación de los profesionales en el desarrollo de las estrategias

Existe una cierta confusión en las reuniones establecidas para el estudio de las estrategias, por varios motivos:

falta de tiempo, insuficiente evaluación de resultados o déficit en la selección de los problemas

Los líderes no se aseguran periódicamente de que sus profesionales tengan la formación suficiente para el desarrollo de la política y estrategia

No existe incentivación para la incorporación de innovaciones y para el desarrollo de la creatividad. Además, la innovación no va al mismo ritmo en todos los distritos y centros, estableciéndose diferencias entre unos y otros (informatización, cobertura de la unidad de paliativos, etc.). Las innovaciones del área no tienen un plan de integración en la política del área o, si existe, su aplicación es muy lenta

No existen tiempos específicos que permitan compatibilizar asistencia y gestión por parte de los líderes de los equipos de atención primaria

cia; evidencia; evidencia clara (situaciones en las que se da información lo suficientemente descriptiva sobre cómo una organización enfoca un subcriterio y lo implanta, acompañándolo de ejemplos);

evidencia total (evidencias exhaustivas para los aspectos evaluados). En la tabla 2 se representan los resultados de las puntuaciones del criterio de liderazgo realizadas tanto por el grupo evaluador como

Tabla 5. Subcriterio 1c. Cómo los líderes de la organización se implican personalmente con clientes, partners y representantes de la sociedad en actividades de mejora conjunta

Puntos fuertes

Se tiene en cuenta la opinión de los usuarios a través de las medidas tomadas a raíz de las reclamaciones. También los resultados de las encuestas dan lugar a cambios por parte de la dirección

Hay un compromiso con los usuarios a través del incremento del modelo de equipos de atención primaria y de la construcción de nuevos centros de salud

Se favorece la participación comunitaria y el desarrollo de consejos de salud

Los líderes han favorecido el conocimiento y relación con las asociaciones vecinales en los últimos años

Existe una adecuada coordinación con los técnicos de salud de la Comunidad de Madrid

Existe una comisión de compras en el área integrada por diversos profesionales del área que decide sobre los nuevos productos a incluir en el catálogo

Hay una alta participación de los líderes del área en asociaciones profesionales y científicas

La gerencia del área ha sido la impulsora de los foros de atención primaria de Madrid

Existencia de acuerdos con las organizaciones sindicales en temas de personal

Puntos débiles

Las sugerencias no son utilizadas como medio para conocer la opinión de los usuarios

La participación en los consejos de salud y en actividades de participación comunitaria de los profesionales es irregular. Falta un documento marco de educación para la salud y de participación comunitaria

No existe una estrategia de relación con la industria farmacéutica

Se pueden hacer más esfuerzos para la recogida de material reciclable en el área

No hay mecanismos para hacer cumplir los acuerdos con atención especializada

Las asociaciones vecinales no conocen maneras de participar en las actividades de nuestros centros, diferentes a las asistenciales y que oferta nuestra organización

por el equipo directivo del área. La puntuación final del criterio se obtuvo dividiendo la suma de puntuaciones de cada subcriterio por el número total de subcriterios: cuatro en este caso.

Resultado del análisis de los puntos fuertes y áreas de mejora del criterio de liderazgo

Estos resultados se presentan en las tablas 3-6.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La reflexión conjunta de un grupo de profesionales del área acerca de cómo se está llevando a cabo la función de liderazgo en la misma y la elaboración de un documento al respecto, es ya de por sí un valor añadido a nuestra organización.

En este trabajo se han descrito el método seguido y los resultados del análisis del criterio de liderazgo del modelo EFQM aplicada a un área de atención primaria. Así se han enunciado las evidencias disponibles referentes a las áreas que deben abordarse mencionadas por el

modelo para cada uno de los subcriterios. Finalmente, se han detectado 21 puntos fuertes y 22 áreas de mejora relacionados con el liderazgo.

Aunque no era objeto del trabajo, se llevó a cabo la puntuación del criterio de liderazgo y se han presentado los resultados, habiendo puntuado tanto el grupo evaluador como el equipo directivo del área. El área podrá seguir así su puntuación en el tiempo en sucesivos procesos de autoevaluación utilizando este modelo.

En relación a las puntuaciones obtenidas, hay que valorarlas con cautela, debido a la dificultad que supone su operativización concreta⁴. En cualquier caso, es muy llamativa la concordancia de puntuaciones entre ambos grupos evaluadores (33,4 puntos del grupo evaluador y 34,5 del equipo directivo). Como se observa en la tabla 6, la discrepancia mayor y casi única se produjo en la valoración del subcriterio 1d referente a cómo los líderes llevan a cabo la motivación, el apoyo y el reconocimiento de los profesionales, que fue mejor valorada por el equipo directivo. Esto parece señalar la diferente per-

En relación a las puntuaciones obtenidas, hay que valorarlas con cautela, debido a la dificultad que supone su operativización concreta

Tabla 6. Subcriterio 1d. Cómo los líderes llevan a cabo la motivación, apoyo y reconocimiento de los profesionales que trabajan en la organización

Puntos fuertes

- Existe una organización formal dentro del área para la comunicación efectiva de la visión, la misión y los valores y, por tanto, para motivar, apoyar y reconocer a los profesionales
- Las comisiones directivas de los equipos de atención primaria y el equipo directivo del área tienen una buena disposición para la comunicación con el resto de los profesionales
- La alta participación de los profesionales en actividades formativas y de otro tipo dentro y fuera del área, favorecida por los líderes
- La existencia de las unidades técnicas de la gerencia para apoyar el trabajo de la dirección y los equipos
- La costumbre de la dirección de felicitar a los profesionales que llevan adelante esfuerzos de mejora (publicaciones, comunicaciones, etc.) o que alcanzan los objetivos del área
- La creación de un sistema de incentivación económica

Puntos débiles

- La transmisión de la misión, la visión y los valores es deficiente por falta de tiempo, motivación o compromiso
- El acceso de los profesionales del turno de tarde al equipo directivo del área está disminuido. Además, emplean parte de su tiempo libre para resolver problemas de sus centros
- Se desconoce el tiempo de respuesta óptimo
- No existen sistemas de incentivación y reconocimiento de las innovaciones
- No existe un sistema de evaluación del desempeño que no vaya ligado a incentivos
- Dotación irregular de la biblioteca de los centros y escasa accesibilidad de la biblioteca del área
- No existen sistemas para detectar a los profesionales con competencia e inteligencia emocional para los puestos directivos. Los cargos directivos no son puestos atractivos para los profesionales de los equipos, lo cual está influido por una insuficiente política de recursos humanos ya mencionada

Creemos que se ha dado el primer paso para poder definir cuál es el futuro que buscamos en cuanto al liderazgo en un área de atención primaria y cuáles son los caminos para alcanzarlo

cepción del esfuerzo realizado en el apoyo a los profesionales, según el lugar que se ocupa en el organigrama.

En el momento de realizar la autoevaluación no se elaboraron indicadores objetivos de los distintos parámetros. Se establecieron las evidencias por la existencia de suficiente consenso dentro del grupo evaluador o bien por la constancia escrita de alguna de ellas en los documentos disponibles (actas, memorias, etc.).

Sin embargo, el grupo evaluador y la dirección del plan estratégico ha propuesto la elaboración de esos indicadores objetivos de manera que se pueda establecer una continuidad en la evaluación.

A partir de aquí, de forma conjunta con los otros criterios del modelo EFQM y el resultado del análisis del entorno, se realizará el desarrollo de las estrategias que den lugar a la mejora de los puntos débiles y el mantenimiento e impulso de los puntos fuertes. Ya podemos apuntar algunas de estas estrategias: potenciar un modelo de organización descentralizada, mejorar la formación de los líderes, desarrollar la evaluación del desempeño, aumentar la comunicación dentro de la organización, toma de decisiones basada en la misión, la visión y los valores, participación de los líderes en las actividades de calidad y difusión de las mejoras, establecer la gestión por

procesos, sistemas de incentivación de las innovaciones, cuadro de mandos integral, estimular el *benchmarking* interno y externo, informatización y acceso a Internet, cooperación con atención especializada, objetivos individuales de directivos, línea de gestión del conocimiento, fondos específicos y suficientes para formación.

Creemos que, como decíamos al principio, se ha dado el primer paso para poder definir cuál es el futuro que buscamos en cuanto al liderazgo en un área de atención primaria y cuáles son los caminos para alcanzarlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carreras M, Castro C, Zavanella L, Hermida LF, Caramés I. Calidad y autoevaluación en gestión clínica: aplicación del modelo europeo de calidad en área de gestión descentralizada. *Rev Adm Sanit* 1999; 11: 501-508.
2. European Foundation For Quality Management. Modelo EFQM de excelencia 1999. Sector público y organizaciones de voluntariado. Madrid: Club Gestión Calidad, 1999.
3. Comité director del Plan Estratégico del Área 11 de Atención Primaria de Madrid. El Plan Estratégico en un Área de Atención Primaria: una propuesta metodológica. *Rev Adm Sanit* 2001; 17: 71-83.
4. Arcelay A, Hernández L, Inclán G, Bacigalupe M, Letona J, González R. Proceso de autoevaluación de los centros sanitarios de Osakidetza mediante el Modelo Europeo de Gestión de Calidad Total. *Rev Calidad Asistencial* 1998; 13: 414-418.