

ESCOLA UNIVERSITARIA D'INFERMERIA SANTA MADRONA
de la Fundació "la Caixa"

GESTIÓ DE QUALITAT TOTAL EN INFERMERIA
"Un repte de futur"

AUTORS: Montserrat Calafell i Pozo
Montserrat Comellas i Oliva

Treball presentat al curs d'Administració i Gestió per l'obtenció del Màster

R. 10.570

Treball dirigit pel professor: Ferran Ferrer Julià

Amb l'assessorament tècnic del professor: José Tejada Fernández

Comissió avaluadora

**Montserrat Teixidor
M. Àngels Camp
Esteve Pont
Luz Mayordomo
Lluís Bohigas
Ferran Ferrer
José Tejada**

**Presidenta
Vice-presidenta
Secretari
Vocal
Vocal
Vocal
Vocal**

Presentada en data:

Acceptada en data:

Queda prohibida qualsevulla mena de reproducció total o parcial d'aquest treball sense l'autorització expressa, per part dels autors.

AGRAÏMENTS

- Donem les gràcies a tots els professionals de l'Escola Universitària d'Infermeria de "Santa Madrona" que ens ha donat el seu suport incondicional a tot hora, als nostres tutors Ferran Ferrer i José Tejada, a Montserrat Teixidor, a Maite Coca i a M^a Angels Canal.
- Agraïm la col.laboració de totes les persones que desinteressadament han fet de jutges per validar les enquestes, fent les rectificacions necessàries.
- A tots els gerents i directores d'infermeria dels hospitals enquestats per la seva gran col.laboració, participació, dedicació i interès que ens han demostrat.
- A tot el personal d'infermeria dels hospitals enquestats que han col.laborat contestant les entrevistes amb gran professionalitat.
- Agraïm el suport rebut per Roser Marquet i Lluís Triquell els quals ens han proporcionat molta informació envers les directrius de la GQT.
- A les nostres direccions d'infermeria, així com a Margarida Bastida per haver-nos facilitat els canvis de dies laborables per la realització del nostre treball de recerca.
- A Miquel Planchart i Josep M. Calafell per haver dedicat desinteressadament moltes hores del seu temps en la correcció de l'estructura del nostre treball de recerca.
- I, com no, agrair a les nostres famílies la paciència que han tingut i el suport i la força que ens han donat al llarg d'aquest temps.

INDEX GENERAL

1.	JUSTIFICACIÓ.....	1
2.	OBJECTIUS.....	3
3.	MARC TEÒRIC.....	5
3.1.	Història i evolució del concepte de qualitat.....	6
3.2.	Importància de la GQT en les empreses de serveis sanitaris.....	12
3.3.	Marc conceptual de la GQT.....	17
3.3.1.	La qualitat des del punt de vista de diversos autors.....	17
3.3.2.	Aproximacions al concepte de la GQT..	20
3.3.3.	Principis fonamentals de la GQT.....	23
3.3.3.1.	El compromís de la direcció.....	25
3.3.3.2.	L'adhesió de les persones.....	30
3.3.3.3.	La gestió dels processos i la millora continua.....	44
3.3.3.4.	La satisfacció del client.....	51
3.3.3.5.	L'eficiència econòmica.....	58
3.4.	Procès d'implantació de la GQT.....	65
3.4.1.	Fases d'implantació.....	66
3.4.2.	Factors que dificulten l'implantació.	71
4.	MARC PRÀCTIC.....	73
4.1.	Hipòtesi general.....	74
4.2.	Procès.....	75
4.2.1.	Metodologia.....	75
4.2.2.	Població i mostra.....	76
4.2.3.	Instruments.....	78

4.2.4.	Recollida de dades.....	82
4.2.5.	Incidències.....	84
4.3.	Resultats.....	85
4.3.1.	Introducció.....	85
4.3.2.	En relació al client.....	87
4.3.2.1.	Anàlisi descriptiu.....	87
4.3.2.2.	Anàlisi inferencial.....	97
4.3.3.	En relació al personal.....	99
4.3.3.1.	Anàlisi descriptiu.....	99
4.3.3.2.	Anàlisi inferencial.....	109
4.3.4.	Anàlisi qualitatiu en relació a les gerències i direccions d'infermeria..	115
5.	CONCLUSIONS DE LA RECERCA.....	128
6.	LÍMITS DE LA INVESTIGACIÓ.....	139
7.	PROPOSTES D'ACTUACIO I NOVES LINIES D'INVESTIGACIÓ.....	142
8.	BIBLIOGRAFIA.....	145

1 . JUSTIFICACIÓ

Motivades pel tema de Gestió de Qualitat Total (GQT) i la seva aplicació en Infermeria hem vist en el treball d'investigació la possibilitat d'endinsar-nos més profundament en aquest camp.

Tenint en compte les directrius generals que marca la nostra societat en l'àmbit de la gestió i davant la inexistència de treballs d'investigació en GQT en Infermeria, creiem que els resultats que podem aconseguir seran útils per a la nostra professió i ens agradaria que poguéssim servir a les direccions d'Infermeria com a eina de fonamentació per llençar-se al canvi. Malgrat tot, sabem que es tracta d'un gran repte.

2 . OBJECTIUS

2 . OBJECTIUS

- Coneixement de la temàtica de la GQT.
- Estudi de la GQT en el camp de la infermeria.
- Estudi pràctic de l'aplicació de la GQT en tres centres hospitalaris: formulació d'entrevistes i enquestes.
- Anàlisi estadística de les dades obtingudes.
- Avaluació de l'aplicació de la GQT.

3 . MARC TEÒRIC

3.1. HISTÒRIA I EVOLUCIÓ DEL CONCEPTE DE QUALITAT

El concepte de qualitat és molt antic i ha anat evolucionant al llarg del temps fins arribar als nostres dies com un concepte fonamental en les empreses de producció/servei integrant-se com un dels principis dins el camp de la Gestió. Podem diferenciar diverses etapes per les que ha passat el concepte de qualitat. La inspecció fou una de les primeres tècniques utilitzades en el control de qualitat dels productes. Fins el 1900 les indústries estaven formades per artesans, jornalers i aprenents; els productes eren elaborats en petites quantitats, de manera artesana i al final del seu procés passaven una inspecció per garantir-ne la qualitat. Kahn.J (1990) cita diversos autors que han treballat sobre aquest concepte a partir d'aquests anys. Un dels autors que més relevància va tenir en aquesta època, el 1926, fou F.W.Taylor, considerat el pare del "scientific management ". Aquest autor va donar una gran importància a la individualitat; els seus estudis tenien per objectiu una millora de la productivitat mitjançant la "racionalització del treball" entenent per racionalització que un treball en la seva globalitat pot ésser desenvolupat en moltes tasques simples i individuals podent així cada treballador realitzar una funció concreta. L'assignació de tasques proporcionava un augment de la productivitat. Com a contra va sorgir l'oposició dels treballadors que, al cap d'un cert temps de realitzar sempre la mateixa tasca entraven en una rutina i

desil.lusió per la feina donant lloc a un augment d'absentisme, accidents laborals, apatia,... provocant una disminució en la producció. A diferència de F.W.Taylor que basava les seves teories sobre un sistema purament tècnic, E.Mayo en 1933 i K.Lewin en 1947 assentaren les seves teories en el camp social i psicològic, donant a conèixer a través de la dinàmica de grups la importància d'aquests factors en el camp laboral.

Segons es recull en el treball de revisió fet per Garvin,D.A (1988), W.A.Shewarth, en 1931, va donar un caràcter científic al concepte de qualitat; va definir d'una manera precisa i mesurable el control del producte i va desenvolupar tècniques per avaluar la producció dia a dia. Va ser el primer en reconèixer que la variabilitat era un fet important en el món industrial i això podia controlar-se utilitzant els principis de la probabilitat i l'estadística. Va observar que dues peces no eren fabricades mai igual: la matèria prima, l'habilitat del treballador i l'equipament podien fer variar el resultat; fins i tot, la mateixa peça produïda per un mateix treballador amb el mateix equipament podia tenir variacions. Shewarth va desenvolupar tècniques estadístiques que establien els límits de la variabilitat del procés; això permetria diferenciar entre una variabilitat inherent al procés de fabricació o una variabilitat deguda a problemes en el procés de fabricació.

D'altre banda, Dodge i Romig van crear una sèrie de taules de mostreig que permetien saber amb poques anàlisis en la producció si el nivell de qualitat era el desitjat o no.

A partir d'aquí comença a aparèixer el concepte d'assegurament i control de qualitat; aquest comportava ja una implicació directa del manager dins de l'empresa i l'objectiu

més important era prevenir els defectes. Teories com les de Juran(1990), Feigenbaum (1963) i Crosby (1989) donen valor a una serie d'elements per assegurar la qualitat. Juran basa els seus estudis en els **costos de qualitat** diferenciant-ne 2 tipus, *costos inevitables* que son aquells que es gasten per tal d'evitar errors del producte/servei, es a dir són els costos de prevenció, i els *costos evitables* que, com la propia paraula indica, són aquells que podrien ésser evitats si no hi haguessin errors en la producció del producte/servei; com defineix el mateix autor, els productes defectuosos són molt més costosos i poden ser evitats. La seva trilogia: Planificació-Control-Millora de qualitat estableix els pasos a seguir en l'elaboració del producte per tal d'evitar-ne els errors. Per Juran la planificació és l'activitat de desenvolupament dels productes i processos requerits per satisfer les necessitats dels clients; cal conèixer quins són els clients, les seves necessitats, desenvolupar les característiques del producte i els processos per produir-lo. El control de qualitat consisteix en avaluar el comportament real de la qualitat i comparar-lo amb els objectius de qualitat actuant sobre les diferències. La millora de la qualitat és el sistema pel qual es desenvolupen nous projectes, es revisen processos per disminuir l'index d'error, s'adapten noves tecnologies,..

D'altre banda, l'autor A.V. Feigenbaum proposa el principi de **control de qualitat** i assegura que la qualitat no pot aconseguir-se si es treballa per separat; cal seguir un control en tot el procés de fabricació no oblidant tots els departaments que hi intervenen, i ahora s'ha de tenir en compte el desenvolupament de nous productes, la selecció del venedor i el servei al client. Per aquest autor "el fonament d'aquest concepte de control total és que per a proporcionar una efectivitat genuïna, el control ha d'iniciar-se amb el

disseny del producte i acaba quan el producte arriba a les mans del client i li satisfà".(1963, 28) i defineix la qualitat com "responsabilitat de tots".(1963, 18).

Crosby aboga per la teoria del **zero defectes** on el seu lema principal és "fer-ho bé la primera vegada"(1989, 137). Crosby defineix el cost de qualitat com "el que es gasta per fer les coses malament"(1989, 18), tot el que s'ha d'invertir en tornar a revisar el procés i tornar-ho a fer podria ser evitable si de bon principi es fes bé. Per Crosby la millora de la qualitat és un procés continu a llarg termini.

La forta competitivitat existent en les empreses en els darrers deu anys, ha fet augmentar el reconeixement de la importància de l'estrategia de qualitat i ha portat a desenvolupar un nou concepte de qualitat, la qualitat total. Les bases d'aquest nou concepte són el compromís de tots i cadascun dels components de l'organització, la importància de la comunicació, de la col.laboració i de la coordinació eficaç en tota l'empresa. Comença a donar-se importància en la qualitat de les relacions humanes. La filosofia que s'adopta és la de posar en pràctica una serie d'activitats que van dirigides a que tota l'organització participi en el procés de millora continua de la qualitat.

Com a complement de la direcció estratègica com a sistema de management sorgeix la Gestió de Qualitat Total (GQT), que basa els seus principis en teories com les de Juran, Crosby, Feigenbaum i Deming entre d'altres.

Pel que fa referència a la GQT en empreses de serveis sanitaris, E. Deming (1989) és considerat pioner en el desenvolupament d'aquest concepte aplicat al sistema sanitari, i la defineix com un sistema per millorar

l'efectivitat dels serveis, reduint costos mitjançant la participació de tot el personal en el procés. Els 14 principis de Deming aplicats en el camp sanitari (annex 1) pretenen donar a entendre que una empresa de serveis sanitaris té tant clients externs (pacients, usuaris,..) com clients interns (treballadors) i que l'objectiu principal de la GQT és la de donar resposta a les necessitats d'aquests dos grups.

Donabedian (1984) ha tingut una influència molt important en el món sanitari; els seus estudis envers el control de qualitat són en relació a l'estructura, procés i resultat; l'estructura inclou el que són pressupostos, aspectes arquitectònics, equipaments, organigrama, protocols,...; en el procés s'identifiquen les necessitats i es planifiquen i executen les cures; en els resultats es valoren la satisfacció del client, la recuperació de la salut,..

Els principis de la GQT són doncs aplicables a les empreses de serveis sanitaris; de fet existeixen centres sanitaris a Catalunya on han començat a implantar aquesta filosofia. La dificultat es troba en que la seva implantació suposa un canvi en l'organització i cultura de l'empresa; és important que la direcció tingui en compte elements com la informació, formació i participació entre d'altres, de les persones que integren l'organització per tal de que aquests prenguin consciència i participin del procés de qualitat total.

Quant a l'evolució de la GQT en el camp de l'infermeria, des de F. Nightingale a mitjans del s.XIX fins l'actualitat, el control de qualitat de les cures d'infermeria ha estat un factor molt important a tenir en compte per tots els professionals de la salut.

Diversos autors han dissenyat instruments per avaluar la qualitat de les cures d'infermeria; M.Phanef al 1962 utilitza el procés de l'auditoria mitjançant la revisió de les històries dels pacients donats d'alta; M.A.Dunn al 1970 utilitza la observació directa fent ús d'una metodologia per ésser el més objectiu possible; l'ANA (Associació Americana d'Infermeria) al 1973 crea un "model de garantia de qualitat" a través d'uns estàndars generals i específics; M.Breuil al 1981 destaca la importància que té la disponibilitat i la participació voluntaria en el procés d'avaluació; A.Jacquerye (1983) publica una guia per l'avaluació de la qualitat de les cures d'infermeria on aquesta avaluació comprèn una elaboració de normes, una mesura de la qualitat de les cures d'infermeria, una observació i una avaluació del que s'ha descartat per tornar-ho a reintegrar a les normes pre-establertes.

3.2. IMPORTÀNCIA DE LA GQT EN EMPRESES DE SERVEIS SANITARIS.

La competència en el mercat sanitari, cada cop més important, l'increment dels costos sanitaris, l'augment de demandes dels clients externs i interns, la preocupació per assegurar millor la qualitat assistencial i la inquietud dels directius per la millora de l'efectivitat en els serveis tenint en compte els pressupostos ajustats han estat alguns dels factors decisius que han dut a les institucions sanitàries a plantejar-se treballar en GQT; alguns hospitals ja fa uns anys que han adoptat aquesta filosofia, i d'altres sectors sanitaris es mouen en les directrius de la GQT.

Com hem anomenat en l'apartat de la història, l'assentament de la qualitat ha tingut els seus orígens en el món industrial; oferir un producte de bona qualitat a un mínim cost i que el client quedi satisfet ha estat l'objectiu primordial que les empreses industrials han estat perseguint.

Per diferenciar el sistema de fabricació d'un producte al de un servei podriem dir que en la fabricació d'un producte el consum d'aquest es fa en un moment diferent al que es produeix i per tant les empreses de producció poden posar controls de qualitat per tal de rebutjar els productes que no compleixin els requisits marcats, en canvi en la producció de serveis aquest es fabrica i es consumeix al mateix temps; la qualitat no es pot filtrar, hem de tenir els elements

(personal, estructura, organització,..) adients per tal de que el servei es faci bé a la primera. Parlar de la qualitat d'un servei es fa més difícil ja que, un producte com a tal és tangible i pot ser bó o no, però un servei és quelcom intangible difícil de controlar i mesurar.

Eiglier i Langeard (1989) anomenen al procés de creació d'un servei **servucció**. Per aquests autors els elements que intervenen en la servucció son els següents (Figura 1):

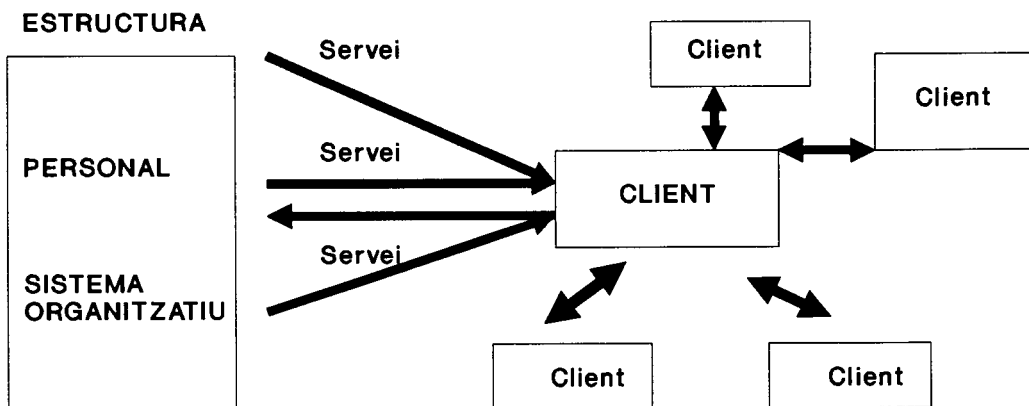
- Client: És el consumidor però que, a diferència d'una empresa de producció, aquí és alhora productor del servei ja que sense la seva presència seria impossible donar el servei. Un client és únic però no està sol; els clients es relacionen entre ells i cal tenir en compte aquestes interrelacions.

- Personal de suport: Són els treballadors de l'empresa que donen el servei i que estan en contacte directe amb els clients.

- Suport físic: Engloba tota l'estructura física on es desenvolupa el servei i tots els materials per dur-l'ho a terme.

- Servei: Sorgeix de la interacció dels tres elements anteriors.

- Sistema d'organització interna: Forma part de l'estructura; és el sistema en que està basada l'organització de la pròpia empresa (organització de la neteja, hosteleria, cuina,..); és una part que el client desconeix, tan sols pot valorar-ne el resultat final.



**Figura 1 . Elements que intervenen en la servucció
(Elaboració pròpia)**

Seguint l'esquema anterior podem observar que són diversos els elements que interaccionen en la servucció (producció d'un servei). Tot aquest sistema dins d'una empresa de serveis sanitaris precisa d'una atenció molt acurada per cadascun dels elements. El més important és el client que en aquest cas és la pròpia materia prima; el client en un servei sanitari demanda una serie d'atencions i cures per millorar el seu estat de salut; el client, com expliquem en el principi de satisfacció del client, té unes necessitats a satisfer i unes expectatives envers el servei que una institució li pot donar i que nosaltres hem de conèixer i saber detectar.

El personal que treballa en una empresa de serveis sanitaris proporciona d'una manera directa i immediata l'atenció de les cures, es a dir, el propi servei. D'aquí la importància de

que el personal tingui unes característiques determinades tan a nivell professional (formació específica, qualificació professional, motivació, iniciativa,..) com a nivell personal (actitud positiva, capacitat d'escoltar, capacitat d'adaptació, sentit comú,..) i de que en la gestió de recursos humans es potenciï el factor humà per tal de que pugui *fer bé les coses la primera vegada*; un error en una empresa de serveis sanitaris pot sortir massa car.

Tan important és motivar al personal perquè participi en les accions que ha de realitzar com ho és fer-ne participar al client-usuari. D'aquesta participació s'obtidran beneficis considerables. Per exemple el resultat que obtindrem de l'educació diabetològica que una infermera faci a un pacient diabetic d'una forma ràpida, sense preocupar-se per si ho entén o no, i no deixant-l'ho participar, serà molt diferent de si s'estableix un canal de comunicació clar, sense obstacles, on la infermera li explicarà de forma lenta, captant els dubtes que tingui el pacient i fent-lo participar de forma activa en el procés d'aprenentatge.

En el primer cas probablement el pacient no entendrà res respecte la seva malaltia i l'autocura; això el podria portar a no seguir una dieta adequada, a no posar-se les dosis d'insulina correctament,..podent aparèixer una possible descompensació que el portaria a reingressar de nou en un hospital.

Si pel contrari, el pacient ha participat del procés d'aprenentatge probablement serà capaç de detectar qualsevol complicació respecte la seva malaltia podent controlar-s'ho des de casa, no precisant un ingrés hospitalari.

Aquest és un de tants exemples que poden donar-se envers la importància que té la participació tant en professionals com en clients-pacients d'un servei sanitari en el procés d'atenció d'infermeria.

L'estructura és un altre element a tenir en compte en una empresa de serveis sanitaris; no és tant important el fet de que es tracti d'un edifici nou com ho és que existeixi una bona informació a l'usuari i una bona retolació de la distribució de l'hospital; també cal tenir present una bona il.luminació, neteja i que es percebi un cert grau de tranquil·litat i de control de la situació. Això proporcionarà un sentiment de seguretat i confort al usuari.

La GQT no tan sols té en compte la participació dels elements que intervenen en la servucció sinó que a més a més fomenta fer les coses bé a la primera, detectar possibles errors i/o dèficits del servei i plantejar millores en l'atenció al client. Es per aixó que creiem important la implantació de la GQT en empreses de serveis sanitaris.

3.3. MARC CONCEPTUAL DE LA GQT

3.3.1. LA QUALITAT DES DEL PUNT DE VISTA DE DIVERSOS AUTORS

Diferents autors, organitzacions i associacions han definit el concepte de qualitat intentant marcar unes línies de futur que serveixin d'orientació a les empreses per tal d'oferir el grau òptim de qualitat d'un producte o servei.

Com aportacions relevants en el camp industrial podem anomenar a Ishikawa, K. (1986, 40) que va definir la qualitat "com un procés que consisteix en dissenyar, produir i mantenir un producte de qualitat sigui el més econòmic, el més útil i sempre satisfactori pel consumidor"; en aquesta aportació el Dr. Ishikawa fa referència a la qualitat en el procés i no només al producte final i estableix que aquest ha d'ésser el resultat d'un equilibri entre la satisfacció del client i l'eficiència econòmica.

L'American Society for Quality Control (M. Comellas, 1992) defineix la qualitat com la "totalitat de funcions i característiques d'un producte que determina la seva capacitat per satisfer les necessitats d'un cert grup d'usuaris". Aquest concepte de qualitat té com objectiu únic satisfer les necessitats dels clients.

Per Douchy (1988, 42) la qualitat és "l'aptitud d'un producte o un servei per satisfer les necessitats dels usuaris i això en qualsevol de les fases d'activitat: concepció, desenvolupament, industrialització, fabricació, logística, servei al client, oferta, contracte comercial, facturació,... per les activitats associades als negocis; però el mateix concepte s'aplica a les activitats funcionals de l'empresa: estratègia, organització, gestió de personal, gestió financera, comunicació, relacions públiques,...". Aquest autor a més de fer referència a la qualitat en tot el procés de producció al igual que Ishikawa, té també en compte la qualitat en l'àrea de serveis i a més a més inclou aquest concepte dins de les activitats de gestió de l'empresa.

En el camp sanitari Donabedian (1984,36) va definir la qualitat de l'assistència sanitària com "el grau d'utilització dels mitjans més adequats amb el propòsit d'aconseguir el major nombre de progressos en la salut" i va afegir que "donada una quantitat limitada de recursos dedicats a l'atenció mèdica, la més alta qualitat d'atenció seria aquella que produís la més alta utilitat neta per tota la població". D'aquest concepte s'entèn que els recursos destinats a l'assistència sanitària són limitats i que s'ha d'aconseguir el màxim grau de salut amb els recursos disponibles.

La OMS l'any 1985 (Varò,61) va definir la qualitat de l'assistència sanitària com : "assegurar que cada pacient rebi el conjunt de serveis diagnòstics i terapèutics més adequats per aconseguir una atenció sanitària òptima tenint en compte tots els factors i coneixements del pacient i del servei mèdic, i assolir el millor resultat amb el mínim risc d'efectes iatrogènics i la màxima satisfacció del pacient amb el procés". La OMS té en compte donar el màxim nivell de

Blanco i Senlle (1988, 139) també recullen la definició feta per Poblete, M. que diu que "s'ha de transformar el cost de la "no qualitat" en producció útil. El cost de la "no qualitat" és molt més alt que la inversió que pot suposar la posta en acció de la qualitat total. La GQT requereix de les persones quelcom més que la seva col.laboració en les accions que s'emprenquin, requereix un canvi d'actitud".

Aquestes dues aproximacions incideixen en la importància del canvi cultural que ha de desenvolupar una organització per tal de que les persones que en formen part, participin i prenguin una actitud positiva envers els processos cap a la millora continua.

Segons Lopresti, J. i Whetstone, W.R. (M. Calafell, M. Comellas, 1993) "la GQT transforma la realització del control de garantia de qualitat en un sistema dinàmic per millorar continuament els serveis sanitaris, per els clients interns i externs en termes de resultats. L'èxit depèn de la consecució i el manteniment del compromís dels metges, dels alts executius i del personal clau, mitjançant un ambient laboral que valori i premiï els esforços realitzats per a la consecució de les millores".

Roure, J. (M. Comellas, 1993) defineix la GQT com "un procés de gestió integral de totes les activitats d'una empresa amb l'objectiu de satisfer amb eficiència econòmica les expectatives del client tant intern com extern".

Aquests autors resalten la dinamització del procés tenint en compte la importància del compromís de totes les persones de l'organització per aconseguir els objectius de l'empresa.

D'aquestes aproximacions entenem que la GQT és un estil de direcció estratègica que precisa d'un procés integrador de totes les activitats de l'organització, i per aixó s'ha de tenir en compte les expectatives dels clients i del personal, la seva participació en els processos de millora i l'adequada utilització dels recursos.

3.3.3. PRINCIPIS FONAMENTALS DE LA GQT.

En el marc conceptual de la GQT hi trobem els principis bàsics que fonamenten aquest estil de direcció. No ennumerem aquests principis per ordre de prioritat ja que tots ells configuren un model integrador en el qual tots hi tenen un paper important i cap d'ells pot ser-ne exclòs.

Aquests principis, extrets de la bibliografia consultada, i desenvolupats posteriorment, són el següents:

- **El compromís de la direcció:** aquest és el motor principal alhora d'implantar i dur a terme un sistema de GQT. La direcció ha de definir una missió, uns propòsits, uns valors i mitjançant una bona estratègia ha de saber-ho transmetre a tot el personal.

- **L'adhesió de les persones:** la implicació de tots els treballadors de l'organització en el procés de GQT és fonamental; el personal és qui està en contacte amb el client-usuari i és qui ofereix el servei d'una manera directa.

- **La gestió dels processos i la millora continua:** la direcció ha d'estructurar i gestionar tota l'organització

mitjançant un procés dinàmic per aconseguir millorar la qualitat.

- **La satisfacció dels clients:** La GQT va encaminada a satisfer les necessitats i expectatives del client. Si el client-usuari queda satisfet, tornarà a utilitzar el servei i el promourà a d'altres clients potencials.

- **L'eficiència econòmica:** Fer les coses bé la primera vegada evita gastar en la reparació dels errors. Una bona distribució de recursos comporta també una disminució de costos.

3.3.3.1. EL COMPROMÍS DE LA DIRECCIÓ.

La GQT és un model de gestió estratègica que afecta directament a la satisfacció del client i al benefici de l'empresa i per tant requereix del compromís real de l'alta direcció cap a la qualitat total essent necessari que aquesta actuï com a motor de tot el procés condicionant el seu desenvolupament. Aquest compromís s'ha de manifestar mitjançant:

- 1- Els seus propis comportaments.
- 2- Els principis i polítiques de l'empresa.
- 3- La pròpia gestió.
- 4- La informació.
- 5- La seva relació amb la societat.

1. A través dels seus propis comportaments.

La decisió d'implantar un model de GQT requereix la voluntat i la implicació sense fisures de la direcció i a més que aquesta treballi amb total exemplaritat, ja que aquest canvi suposarà un canvi cultural de tota l'organització; això significa transformar els costums, els valors, modificar comportaments, reconduir sistemes,... i voler canviar la cultura d'una empresa vol dir invertir temps i diners; temps per que s'ha de fer una anàlisi en profunditat de l'empresa i traçar un pla d'acció a llarg termini, i diners perquè calen inversions a curt termini que permetin avançar en el canvi (formació, canvi de processos,...).

Com diu Bernillon i Cerutti (1989, 17) "seria desaconsellable que una direcció demanés als seus col.laboradors directes que modifiquessin els hàbits de treball, quedant ella a dalt d'una torre de marfil i anclada amb procediments mal

adaptats; si ens oblidem del principi de l'exemplaritat anirem directament al fracàs".

Blanco i Senlle (1988, 140) recullen una afirmació de Deming on diu que "res és efectiu en millora de qualitat si no existeix el recolçament decidit de l'alta direcció" i altres aportacions com la d'Emilio Haase (1992, 4) que afirma que "la gestió de qualitat és a l'abast de tots com a resposta al difícil entorn de competitivitat que vivim. La implantació no és una tasca senzilla, pero sí gratificant i necessita de la involucració total de la executiva de l'empresa".

2. A través dels principis i polítiques de l'empresa.

La direcció d'una empresa que camina cap a la qualitat total ha d'ésser capaç de:

2.1. Definir la seva missió, política directiva i línies d'acció que demostrin els principis de qualitat de l'empresa.

En aquestes definicions ha de quedar clarament definit:

- Què és la qualitat per l'empresa.
- Perquè l'empresa vol treballar amb qualitat.
- De qui és la responsabilitat de la qualitat.
- Qui i com és la participació en qualitat.
- Com es coordinaran tots els elements de l'empresa per avançar en el procés de millora de la qualitat.

Moltes empreses tenen una declaració sobre la filosofia, els valors i els principis que inspiren les seves línies d'acció. Aquesta declaració pot adoptar diferents noms com són: missió, credo, filosofia, propòsits o principis bàsics, però el seu contingut és sempre una declaració fonamental sobre

l'àmbit d'actuació empresarial, les prioritats d'actuació i els pilars en els que es basa i serveix per orientar a tot el personal d'una empresa alhora de prendre decisions, d'obtenir homogeneïtat en els criteris d'actuació i de demanar responsabilitats.

Existeixen molts tipus de declaracions diferents, des dels que anteposen els beneficis econòmics a qualsevol altre, a els que fan camí cap a la qualitat total i que, qualsevol d'aquestes declaracions fonamentals, els hi serveix com a via per a plasmar el conjunt de valors característics de la seva empresa adoptats per l'alta direcció.

En algunes empreses s'han donat experiències en les que, prèvia formació del personal en qualitat, la missió l'ha realitzat la cúpula directiva i l'ha consensuat amb el personal per tal de implicar-lo directament en la política de l'empresa.

2.2. La direcció també ha d'ésser capaç de comunicar aquests principis al conjunt de la organització.

Després d'haver elaborat i consensuat els principis la direcció ha de decidir fer-los públics i, la persona idònia és el director general ó gerent. Aquesta comunicació pot fer-se de dues maneres:

- De forma oral a través d'una reunió; això implicarà que el director general ha de tenir gran capacitat per comunicar, saber utilitzar un llenguatge adequat i estratègies de marketing.
- De forma escrita ja sigui amb comunicats escrits als diferents serveis o departaments de l'empresa o bé de

l'àmbit d'actuació empresarial, les prioritats d'actuació i els pilars en els que es basa i serveix per orientar a tot el personal d'una empresa alhora de prendre decisions, d'obtenir homogeneïtat en els criteris d'actuació i de demanar responsabilitats.

Existeixen molts tipus de declaracions diferents, des dels que anteposen els beneficis econòmics a qualsevol altre, a els que fan camí cap a la qualitat total i que, qualsevol d'aquestes declaracions fonamentals, els hi serveix com a via per a plasmar el conjunt de valors característics de la seva empresa adoptats per l'alta direcció.

En algunes empreses s'han donat experiències en les que, prèvia formació del personal en qualitat, la missió l'ha realitzat la cúpula directiva i l'ha consensuat amb el personal per tal de implicar-lo directament en la política de l'empresa.

2.2. La direcció també ha d'ésser capaç de comunicar aquests principis al conjunt de la organització.

Després d'haver elaborat i consensuat els principis la direcció ha de decidir fer-los públics i, la persona idònia és el director general ó gerent. Aquesta comunicació pot fer-se de dues maneres:

- De forma oral a través d'una reunió; això implicarà que el director general ha de tenir gran capacitat per comunicar, saber utilitzar un llenguatge adequat i estratègies de marketing.
- De forma escrita ja sigui amb comunicats escrits als diferents serveis o departaments de l'empresa o bé de

forma individual a través d'una carta personal a cada treballador.

Per la majoria d'autors que parlen de com difondre els principis bàsics de l'empresa per tal de que aquests siguin el més acceptats possible i alhora disminuir la inevitable reacció negativa al canvi, defensen que la millor forma de comunicació d'aquests principis a tota l'organització és trivalent, es a dir el director comunicarà de forma oral en reunió general els principis i missió de l'empresa alhora que també ho farà mitjançant una carta personal clara i concisa amb els punts principals i signada pel propi director i a més aquesta comunicació es veurà reforçada a través de la línia jeràrquica.

2.3. La direcció ha de conèixer quin és el grau d'adhesió del personal als principis de qualitat per tal de poder-ho incrementar.

Els mitjans que utilitzi la direcció per conèixer l'adhesió del personal als principis de qualitat de l'empresa poden ésser diferents depenent de l'amplitud i la cultura de la pròpia organització, però en qualsevol cas la recollida de dades haurà d'ésser el màxim objectiva i confidencial possible.

3. A través de la pròpia gestió.

No n'hi ha prou en tenir una missió i línia directiva definida cap als principis de qualitat total i que tothom els conegui si després en la gestió quotidiana la cúpula directiva emprèn decisions i formes d'actuació fora de contexte.

La gestió diària de tots els comandaments és la peça clau per la qual el personal s'adherirà o no a la política marcada i així, es pugui produir un canvi cultural significatiu. El personal ha de percebre que els directius participen i s'impliquen en el canvi que promouen.

Segons Juran (1990) els directius han de participar personalment en:

- Fixar els objectius de qualitat, quantificar-los i donar dades de consecució
- Assignar els recursos a la formació i la infraestructura i proporcionar el temps necessari d'execució de projectes.
- Analitzar els progressos assolits, tant dels grans projectes com del conjunt de projectes.
- Donar reconeixement.
- Revisar el sistema de recompenses i incloure la millora de la qualitat i no només el compliment de les normes de qualitat.
- Treballar en equip. La direcció ha de formar part del Comité Director de Qualitat i de la Comissió Central de Garantia de Qualitat i col.laborar amb els equips departamentals e interdepartamentals.

Altres autors assenyalen diferents formes de participació de la direcció, però de qualsevol manera en un model de gestió de qualitat total la direcció ha d'implicar-se en la dinàmica de progrés de l'organització i els col.laboradors han de percebre que realment és així.

4. A través de la informació.

La direcció ha d'ésser coherent i respectuosa amb la seva política alhora de donar informacions a l'organització, i

aquestes han de reflectir permanentment els interessos de la pròpia direcció, dels clients (interns i externs) i de la societat.

La direcció també ha d'ésser rigurosa en la difusió de la informació i el tractament d'aquesta en tots els serveis i unitats.

5. A través de la societat.

La direcció també ha d'ésser oberta a la societat i participar en el intercanvi d'experiències amb altres dirigents i també ha de promoure la imatge global de la seva empresa, així com dels seus productes i serveis basant-se en la realitat dels resultats.

3.3.3.2. L'ADHESIÓ DE LES PERSONES.

L'adhesió de les persones en un model de GQT és un altre dels punts importants per aconseguir els objectius de la direcció. De poc servirà crear grans plans, invertir en personal expert,... , si els treballadors que estan a primera línia (de producció o de servei) no són capaços de mantenir una actitud activa, de col.laboració, d'anàlisi i oberts a nous canvis ja que els errors continuaran essent els mateixos i la millora no es produirà.

La figura 2, de Ll. Triquell (M. Comellas, 1993), mostra que ha d'existir un equilibri entre la força filosòfica (missió, valors, objectius,..) i la força de treball (participació, organització,..) essent necessari que aquestes dues forces siguin de la mateixa magnitud per tal d'aproximar-se, d'una manera equilibrada, cap a la gestió de qualitat total.

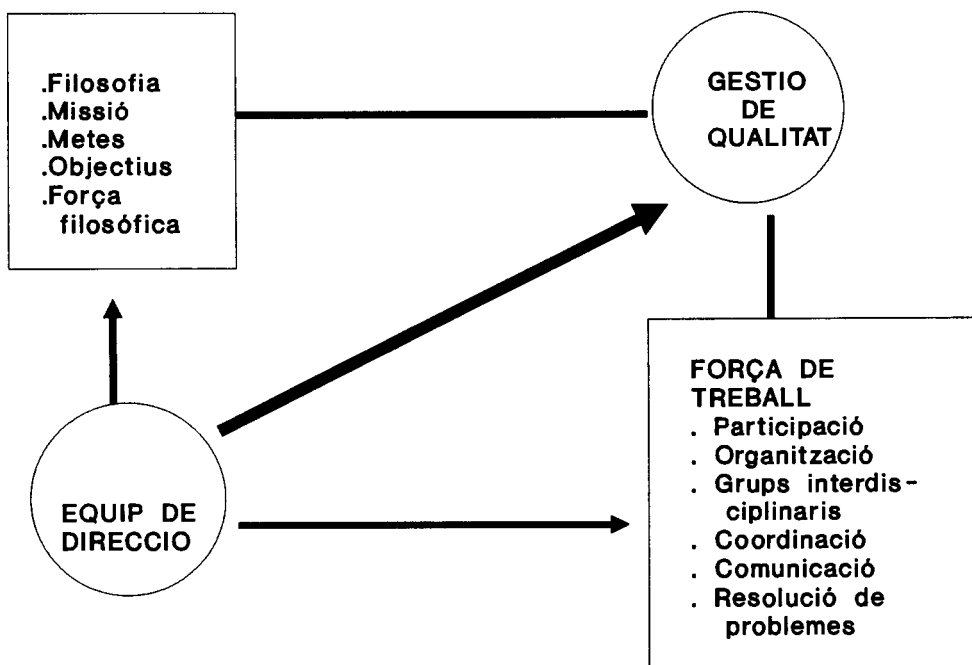


Figura 2. Equilibri de forces cap a la GQT
(Lluís Triquell, 1991)

Definirem en primer lloc uns conceptes previs que fan referència a l'individu com a persona i que engloba al treballador com ésser humà, els factors de satisfacció en el treball, les expectatives dels treballadors i el treballador com a client intern-proveïdor dins l'organització. Després definirem els elements necessaris per aconseguir l'adhesió de les persones.

1. L'individu com a persona:

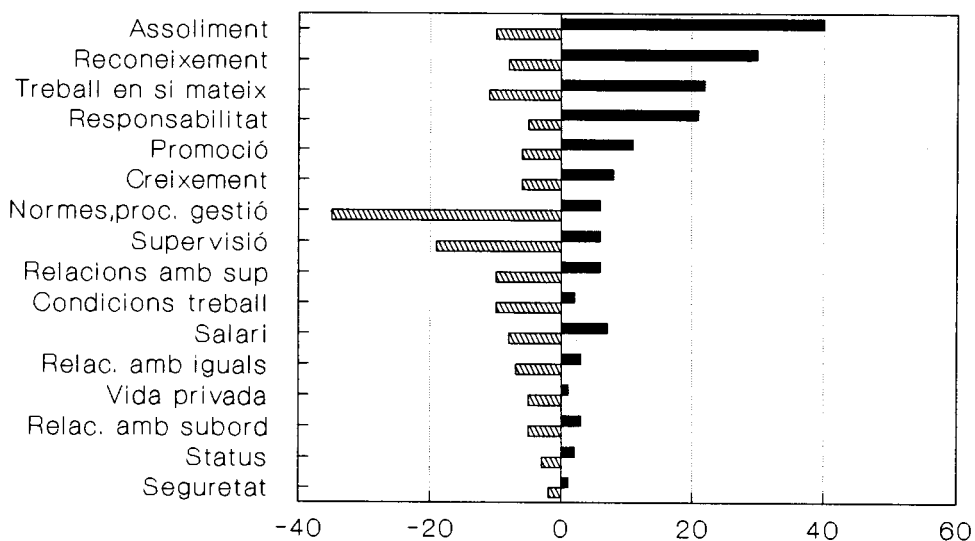
1.1. El treballador com ésser humà.

En el principi de satisfacció del client es fa referència a la teoria de Maslow en la que es jerarquitzen les necessitats fonamentals de l'home, ón n'hi han unes d'ordre inferior (fisiològiques i de seguretat) i unes d'ordre superior (socials, estima i autoestima). Segons recull Varó (1994, 375) "mentre les necessitats satisfetes d'ordre inferior deixen d'actuar com a motivadores actives del comportament, les necessitats d'ordre superior s'intensifiquen i estimulen en quant més es satisfacin".

1.2. Els factors de satisfacció en el treball.

La teoria dual de Herzberg (Porrás,1992) postula que els factors que produeixen satisfacció o insatisfacció en el treball no son oposats entre sí, i lo antagònic a la satisfacció no és la insatisfacció sinó la *no-satisfacció*, i el contrari a la insatisfacció no és la satisfacció sinó la *no-insatisfacció*.

A continuació exposem el quadre-resum de la investigació de Herzberg (Porrás,1992, 15)



**Figura 3. Investigació de Herzberg
(Porras, 1992, 15)**

Si observem aquest quadre ens adonem que cada un dels factors (seguretat, remuneració, condicions laborals, promoció,) es poden desdoblar en una **dimensió positiva**, la qual és motiu de satisfacció i que l'autor anomena també **factors de creixement o desenvolupament**, els quals es relacionen amb el contingut del treball i es refereixen a la capacitat d'èxit de l'ésser humà, a la maduració i al creixement psicològic tenint com a característiques que:

- la no potenciació d'aquests factors no provoquen insatisfacció
- la potenciació d'aquests factors augmenten molt la satisfacció.

I una **dimensió negativa**, la qual és motiu d'insatisfacció anomenada **factors d'higiene** els quals es relacionen amb el contexte del treball i es refereixen a les condicions laborals, el sou, status, competència dels supervisors,.. i que tenen com a característiques que:

- La inexistència de deficiències d'aquests factors no provoquen satisfacció.
- Si apareixen deficiències augmenta molt la insatisfacció.
- Si milloren les deficiències, disminueix la insatisfacció però no augmenta la satisfacció.

Resumint podriem aportar que, segons la teoria de Herzberg, la clau per mantenir o augmentar la satisfacció dels treballadors en una organització fòra cuidar molt els factors higiènics, i mantenir-los continuadament perquè no es desequilibrin i alhora potenciar els factors de creixement.

1.3. Les expectatives dels treballadors.

Com hem definit en el principi de satisfacció del client, segons l'Enciclopedia Catalana, l'expectativa és "espera d'una cosa que hom creu que ha d'obtenir o que ha d'esdevenir"; segons Wroom (Varó, 1994, 379) "la conducta del ésser humà està condicionada per les expectatives que té respecte al que succeirà en el futur"; per aquest autor la persona associa a cada un dels seus actes uns resultats concrets i selecciona el seu comportament depenent dels resultats que vol obtenir. De la teoria de Wroom extraiem que cada treballador té unes expectatives o vol obtenir uns resultats del seu treball; aquells que volen cubrir les necessitats d'ordre superior s'esforçaran en el contingut del seu treball, per el

contrari aquells individus que valorin més els factors higiènics ó extrínsecs del propi treball (seguretat, sou,...) i els factors com la promoció, l'èxit,... no afectaran al seu nivell de satisfacció professional, a no ser que sigui per augmentar així la qualitat de les condicions laborals.

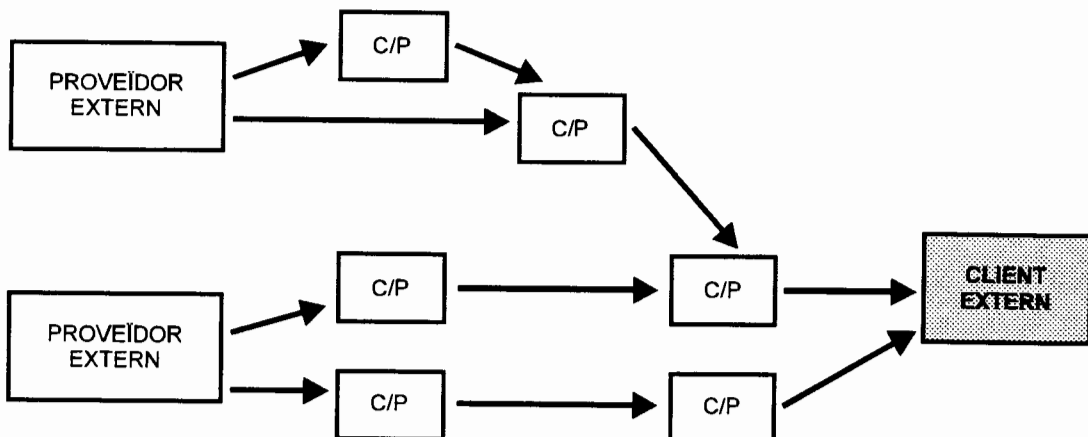
1.4. El treballador com a client intern i proveïdor dins l'organització.

Com hem definit posteriorment en el principi de satisfacció del client, al treballador de l'empresa també se l'anomena client intern per diferenciar-lo del client extern, que es en definitiva qui compra o rep el producte final o servei.

Entenem per client intern aquella persona que per desenvolupar la seva feina necessita d'altres que li subministrin materials, serveis o informació i alhora diem que el treballador també és un proveïdor perquè el producte o servei que realitza serveix per a un altre client.

Generalitzant podriem dir que els treballadors d'una empresa es mostren com una cadena de relacions client-proveïdor i els que orienten el sentit de les relacions són els clients externs, tal com veiem a la figura 5, descrita pel "Club de Gestión de Calidad (1992,62)".

Aquest concepte de client intern és important en el model de GQT ja que el treballador pren una actitud participativa i comunicativa i la direcció per tant s'enfronta a dos tipus de clients diferents als quals ha de satisfer, uns els clients interns que per realitzar les coses bé a la primera vegada han de sentir-se satisfets en el treball i d'altres els clients externs que obtindran la seva satisfacció a través dels bens o serveis que rebin dels clients interns.



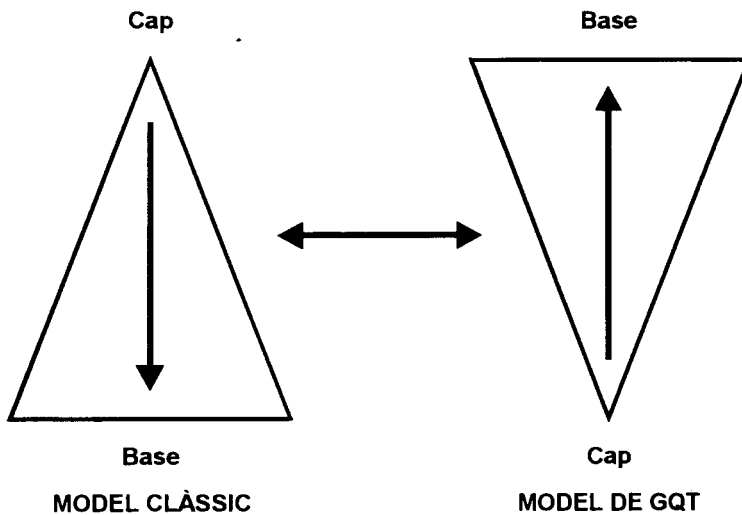
**Figura 4 . Cadena de relacions client-proveïdor
(Club Gestión Calidad / 1992, 62)**

2. Elements necessaris per aconseguir l'adhesió de les persones.

2.1. L'actualització del paper de la jerarquia.

En el model clàssic els comandaments planifiquen i dissenyen perquè la base executi, solen ésser organitzacions molt jerarquitzades i les actituds dels comandaments són les de manar i controlar.

En el model de GQT els comandaments actuen com a suport de la base i es converteixen en uns facilitadors de recursos, estimulants i donant la informació que necessitin els seus col.laboradors, creant situacions òptimes de treball, capacitant i oferint possibilitats de desenvolupament professional i donant reconeixement. En aquest model la tendència és a horitzontalitzar l'organigrama i apropar així la base a la direcció (Figura 5).



**Figura 5 . Esquema comparatiu del paper de la jerarquia
(Elaboració pròpia)**

2.2. Política de gestió de recursos humans eficaç i coherent.

La política de gestió ha de ser eficaç i coherent i s'ha de basar en la formació, la comunicació, la participació i el reconeixement dels esforços, i a més s'ha de complementar amb un sistema de selecció de personal adequat i unes condicions de treball, salut i seguretat adequades.

2.2.1. Formació.

La formació és un element essencial que ben dirigida actua com a facilitadora del canvi i transforma els comportaments. La formació ha d'ésser una activitat planificada per l'organització amb la finalitat de capacitar als treballadors per la tasca que desenvolupen, així com també capacitar per fer millor el que ja saben fer. Aquesta formació s'ha de fer arri

bar a tots els treballadors i és important iniciar-la en les persones de nova incorporació. Les àrees fonamentals d'aprenentatge en el camp sanitari segons diversos autors són:

- L'àrea de coneixements científics (**saber**) que consisteix en l'adquisició de coneixements intel·lectuals teòrics i pràctics.
- L'àrea d'aptituds (**saber fer**) que consisteix en el desenvolupament de les capacitats o habilitats pràctiques.
- L'àrea de les actituds (**saber estar**) que consisteix en el desenvolupament o millora dels aspectes de la personalitat o de postures davant l'empresa, companys, clients,... i que treballa molt les relacions interpersonals.
- L'àrea de formació per la qualitat que engloba la política de qualitat, metodologia i tècniques bàsiques de control de qualitat.

L'àmbit en el que s'ha de desenvolupar la formació pot ésser:

- A nivell general, quan l'objectiu de l'organització és aconseguir un desenvolupament personal i professional a diferents nivells i departaments de l'empresa.
- A nivell de la unitat operativa, quan s'integra en el propi servei i va dirigida a posar al dia una serie de coneixements, habilitats o actituds que es requereixen.
- A nivell d'equips multidisciplinars, quan va dirigida a capacitar a una serie d'individus per una activitat concreta; per exemple avaluació de la qualitat, ajuda a la resolució de problemes multidisciplinars,..

- A nivell individual, quan va dirigida al personal de nova incorporació o a persones determinades.

2.2.2. Comunicació.

La comunicació interna en l'organització és un element necessari per mantenir la motivació i la confiança de tots, creant un veritable procés interactiu, i es això el que diferencia una política d'informació a una de comunicació; això implica conèixer l'interlocutor i tenir capacitat i voluntat d'escoltar. Aquesta comunicació interactiva pot partir de la cúpula directiva o bé de la base i segons l'inici s'anomena descendent o ascendent.

En aquest model de gestió, la comunicació interna s'entèn com una comunicació oberta entre els comandaments i els seus col.laboradors i on els primers tenen una actitud d'escolta activa dels suggeriments laborals i professionals envers els seus col.laboradors, així com dels seus interessos personals mantenint una bona disposició per escoltar imparcialment les queixes i per ajudar-los a resoldre els seus problemes. La comunicació que els comandaments han d'establir amb els seus col.laboradors és principalment aquella que fa referència a la missió, objectius, progrés i resultats de la unitat de treball i també individualment de la responsabilitat, el rendiment i les àrees de millora, així com de les oportunitats de promoció en la carrera professional.

Per afavorir la comunicació interna dins de l'organització aquesta hauria d'establir uns mitjans apropiats on es veïés reforçada. Segons Bernillon i Cerutti (1989) els mitjans més apropiats són les entrevistes en grups e individuals, els

cercles de qualitat, reunions perquè els treballadors puguin expressar-se, enquestes d'opinió,.. i els no apropiats són els pasquins sindicals, els rumors...

2.2.3. Sistemes de participació.

Varó (1994,411) defineix la participació com "el grau en que el treballador s'integra en l'empresa i assumeix responsabilitats", però existeixen diferents enfoccs teòrics en el concepte de participació des de la delegació de poder, la gestió participativa o la descentralització, però en qualsevol cas els sistemes de participació segons Zaunder.A, Norse.Nc, Reimer.E, Maier i Dunn.WN, entre d'altres, ha d'ésser un procés on existeixi una participació activa del treballador en:

- La fixació d'objectius.
- Presa de decisions.
- Resolució de problemes.
- Implantació dels processos de canvi.

I en aquest procés no és pot demanar un punt sense tenir en compte l'anterior, per exemple no podem demanar als treballadors que resolguin problemes sinó han participat en la presa de decisions.

Crozier (Varó,1994) en la seva teoria també diu que la direcció participativa no l'hem d'entendre com una democratització estricta de l'organització, ni com un regal de la direcció sinó que significa el compromís d'assumir riscos i responsabilitats amb respecte als resultats, tenint a més a més un caràcter humanitzant.

Actualment en la majoria d'institucions sanitàries la participació es redueix a que els treballadors poden expressar opinions i assessorar en aspectes tècnics en determinades ocasions, però el poder decisiu l'exerceix la línia jeràrquica; a més a més en la pràctica aquesta participació sol quedar reduïda als professionals sanitaris en especial a la divisió mèdica a través de les comissions clíniques. Les institucions sanitàries que han iniciat un model de GQT promouen la participació dels treballadors des de les pròpies unitats operatives a través de grups de millora (cercles de qualitat, equips de millora, equips de projectes dels quals parlarem en el principi del govern dels processos i la millora continua), la fixació d'objectius, la presa de decisions i la resolució dels problemes la consensuen les persones implicades.

2.2.4. El reconeixement.

El reconeixement dels treballadors cap a l'esforç de millorar el seu treball és un estimul motivador que permet anar avançant en aquesta línia. Diferents autors parlen de dos tipus de reconeixement, un que es dona per mitjans pecuniaris i l'altre per mitjans no pecuniaris.

- El reconeixement per mitjans pecuniaris.

Aquest ha estat un sistema en ocasions mal emprat en moltes empreses que han volgut remunerar a tots els treballadors d'una forma linial sense tenir en compte l'esforç individual o d'equip, donant com a resultat un factor no motivador per a la millora en el treball. El reconeixement monetari ben emprat pot donar-se a dos nivells, individual o en equip de treball; en qualsevol dels dos casos aquest sistema de

En les empreses sanitàries encara cal treballar molt aquest tema; el reconeixement no pecuniari està poc desenvolupat i no integrat com a política d'incentivació, sinó que depèn molt de la sensibilització dels comandaments envers aquest i sovint falla per la constància i les predileccions. El reconeixement pecuniari s'ha iniciat en alguns centres com a element per augmentar la productivitat (per exemple a més visites més remuneració) i en altres com a reconeixement de l'assoliment d'objectius però encara és molt incipient per a valorar resultats.

3.3.3.3 LA GESTIÓ DELS PROCESSOS I LA MILLORA CONTINUA

Aquest principi tracta de com la direcció porta a terme un procés d'assegurament i millora de la qualitat de forma operativa, havent creat previament un marc de referència que tingui en compte els principis abans esmentats.

Entenem per procés un conjunt d'accions i procediments succesius que donen lloc a un producte/servei determinat. En la GQT es busca evitar errors, millorar el servei i intentar satisfer les necessitats i expectatives dels clients, per això la direcció ha de posar tot l'esforç en descobrir quins són els processos fonamentals del dia a dia que es poden millorar i quins són els problemes de qualitat més rellevants per tal d'oferir el millor servei optimitzant recursos.

Existeixen diverses metodologies que es basen en la resolució de problemes, però la més utilitzada per la millora continua es la roda de Deming (Ishikawa,1983,152) o cicle PDCA (Planificació: "Plan", Actuació: "Do", Verificació: "Check", Sistematització: "Act"). (Figura 6).

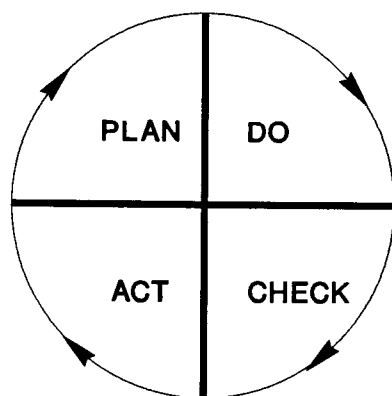


Figura 6. Cicle PDCA (Roda de Deming)

Davant la diversificació bibliogràfica del que comprenen cada una d'aquestes etapes del PDCA, hem fet un recull propi basat en la literatura.

Planificació ("Plan").

Aquesta etapa comprén la selecció del projecte, la selecció del grup de millora, l'anàlisi de la situació inicial i la identificació de les causes.

1. Selecció del projecte o resolució d'un problema.

Per determinar quins són els processos o problemes a millorar poden emprar-se diverses tècniques com són el brainstorming (pluja d'idees), la tècnica nominal de grup, la monitorització, l'anàlisi d'opinió de clients i professionals,... Aquestes tècniques estan àmpliament explicades en la literatura i totes elles són vàlides alhora de detectar problemes, però creiem important fer una referència més puntual a la *monitorització* com a eina de detecció i control d'assegurança de la qualitat. Aquesta serveix per avaluar l'efectivitat i utilitat dels programes de millora de qualitat, mesurant i valorant de forma sistemàtica i continuada aquells indicadors més rellevants.

La Joint Commission (1991,65) defineix un indicador clínic com "una mesura quantitativa que pot utilitzar-se com a guia per controlar i valorar la qualitat d'importants activitats de l'assistència al pacient i dels serveis de suport". Per tant, un indicador servirà per detectar els punts d'actuació específica. Un indicador quantificable s'expressa en forma de quebrat, per exemple:

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Número de registres d'infermeria que no tenen recollida de dades}}{\text{Número de registres d'infermeria totals}}$$

Això dona un percentatge que s'anirà controlant de forma sistemàtica i continuada i es compararà amb l'estàndard previament marcat (l'estàndard el definim com el nivell de qualitat, expressat en %, que es creu que pot assolir-se; cada estàndard és propi de cada hospital, de tal manera que qualsevol desviació significativa molt inferior al estàndard indica que no s'assoleixen els nivells desitjats de qualitat.

L'elecció del problema o projecte a millorar es farà en base a les necessitats i expectatives dels clients, valorant: les que la seva millora abasti més nombre de clients i els costos de no qualitat en relació als costos que suposaria la millora (costos de no qualitat són aquells que es produeixen al continuar en la mateixa situació) entre d'altres.

2. Selecció dels membres del grup de millora.

Davant de cada projecte de millora o problema a resoldre la direcció fa constituir un grup de persones implicades en la resolució d'aquest, anomenat grup de millora el qual s'el responsabilitza de l'anàlisi, decisions i resultats obtinguts, actuant la direcció com a suport i facilitadora de recursos.

De la bibliografia consultada i de l'entrevista realitzada a R.Marquet (1993, annex 2) extraïem que depenent del problema/projecte a tractar el grup de millora pot constituir-se com: (Figura 7)

- Cercle de qualitat o grup d'excel·lència: Es constitueix quan el problema/projecte afecta a una unitat-departament. Esta formada pels propis membres de la mateixa i hi participen voluntàriament. Habitualment aquests grups tenen una continuïtat, és a dir, quan finalitzen una resolució d'un problema en comencen un altre.
- Equip de millora: Es constitueix quan el problema/projecte afecta a diverses unitats-departaments. Esta format per membres de cada una d'elles i són designats per la direcció. Aquest equip es dissolt en solucionar el problema/projecte.
- Equip de projecte: Es constitueix quan la resolució del problema/projecte requereix la presència de diverses persones de la línia jeràrquica.

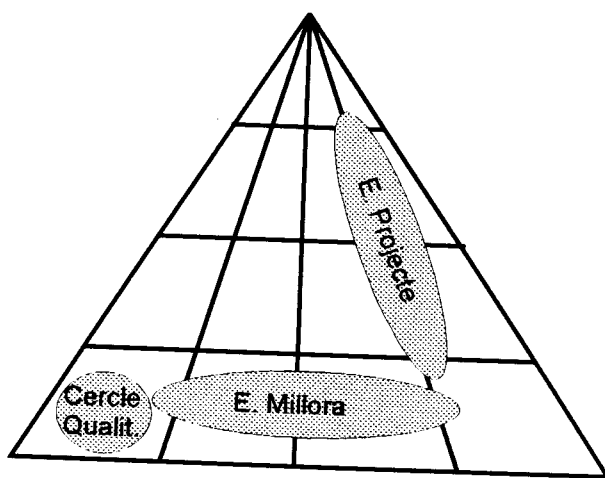


Figura 7 . Grups de millora (R. Marquet, 1993)

3. Anàlisi de la situació inicial.

Un cop instaurat el grup de millora aquest s'encarregarà de valorar si és necessari fer una anàlisi exhaustiva del problema/projecte o bè si es pot passar directament a l'etapa de planificar accions correctives ja que tots coneixen la situació i les possibles causes del mateix. Si cal fer una anàlisi, es tindrà en compte el definir el problema/projecte a tractar, la seva dimensió i els objectius.

4. Identificació de les causes.

Per identificar les causes dels problemes pot ser necessari l'ús d'eines metodològiques entre les quals la més coneguda i utilitzada és, com la defineix Douchy (1988,122) el diagrama de **Causa-Efecte** d'Ishikawa (Figura 8).

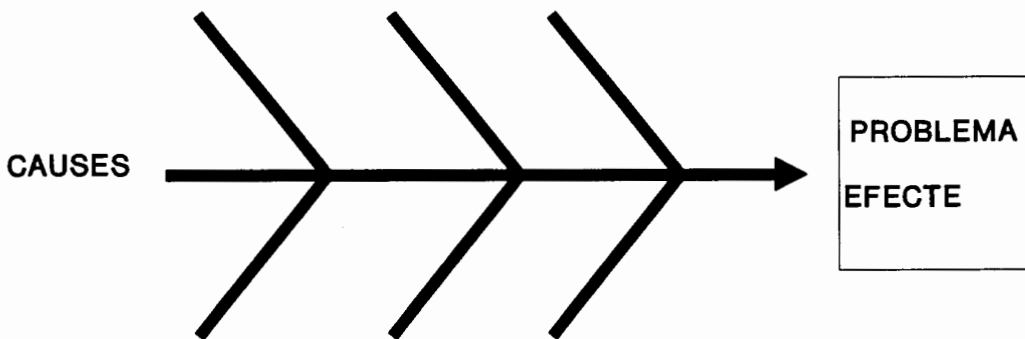


Figura 8 . Diagrama causa-efecte.Douchy (1983, 122)

Aquest diagrama classifica totes les possibles causes que poden influir sobre el problema, tenint en compte els recursos humans, recursos materials, estructura, mètodes i entorn.

Una altre eina emprada, complementària a l'anterior, és el diagrama de Pareto (M. Calafell, M Comellas,1993); en ell es valora quantitativament cada una de les causes respecte al problema.(fig.9)

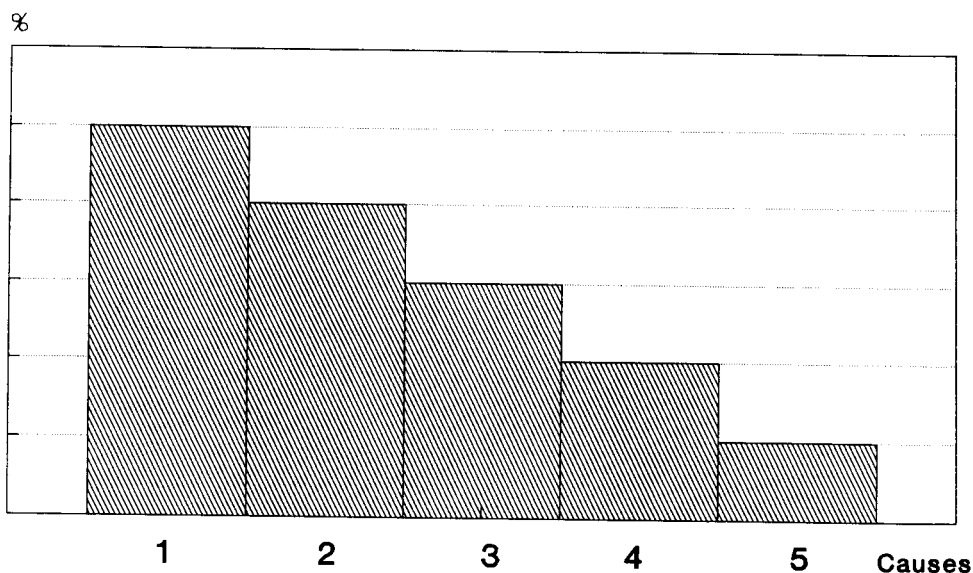


Figura 9. Diagrama de Pareto

Segons C.Sans (M. Comellas, 1994) si aconseguim resoldre les dos o tres causes de més incidència podrem dir que el problema s'ha solucionat.

Actuació ("Do").

Aquesta etapa consisteix en l'elaboració i posta en marxa del pla d'accions correctives. Un cop decidides les causes a tractar, s'elaborarà un pla d'acció correctiu per part del grup de millora on es determinaran una serie de mesures a prendre per millorar o sol.lucionar el projecte/problema. En la majoria dels casos aquestes mesures han de tenir en compte els recursos dels que es disposa (materials i humans), el temps i els costos. Si aquest pla d'acció afecta a més d'una unitat-departament es recomana iniciar primer una unitat pilot i que no s'implanti en una altra unitat-departament fins que no es faci la seva evaluació.

Els comandaments de l'organització tenen un paper fonamental en aquesta etapa per reforçar la posta en marxa de les mesures o accions correctores.

Verificació ("Check").

La verificació tracta de quantificar els resultats obtinguts amb les mesures preses en el pla d'acció correctiu i alhora fer un seguiment dels resultats. L'eina més usual que s'utilitza és la monitorització explicada en l'etapa de planificació.

Sistematització ("Act").

En la sistematització és pretén aconseguir que les millores perdurin. En el cas de que el grup de millora sigui un cercle de qualitat és aconsellable que, un cop assolit el pla d'acció, es temporalitzin futurs controls de seguiment. Si es tracta d'equips de millora, la direcció es farà responsable d'aquest seguiment (per exemple mitjançant enquestes d'opinió als clients, personal,...).

Aquesta etapa també contempla la possibilitat de detectar noves oportunitats de millora que cal que la direcció reculli per tal d'iniciar nous cicles de PDCA, i d'aquesta manera no trencar mai la dinàmica de la millora continua, representada gràficament per una espiral (Deming 1989) (Figura 10).

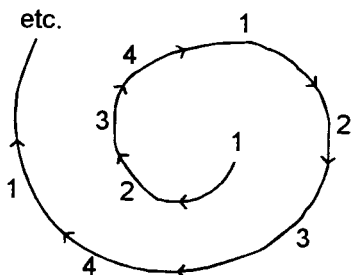


Figura 10 . Espiral de Deming (Deming, 1989)

3.3.3.4. SATISFACCIÓ DEL CLIENT.

Un dels paràmetres indicadors de la qualitat de serveis és la satisfacció del client. Aquest paràmetre és però difícil de mesurar ja que intervenen diversos factors que poden modificar-lo continuament. Definirem en primer lloc el concepte de satisfacció i els elements que cal tenir en compte (necessitats i expectatives); definirem el concepte de client com a persona que rep un servei i un cop definits aquests conceptes treballarem la manera de conèixer les expectatives del client i com fer-lo participar del procés d'atenció per tal d'aconseguir la seva satisfacció pel servei rebut.

1. Satisfacció i elements que hi intervenen

Definim la satisfacció com un benestar aconseguit al cobrir una necessitat. La GQT va encaminada a satisfer les necessitats dels clients. La necessitat segons Varó (1994, 20) es defineix com "quelcom que requereix l'individu pel seu benestar que el motiva a aconseguir-lo"; és un dèficit que té la persona i que ha de cobrir. Cal diferenciar-lo de desig que seria l'expressió de voler satisfer una necessitat.

Diversos autors han estudiat i classificat les necessitats de l'individu. D'entre ells destaca Maslow que, com referencien Kast i Rosenzweig (1992, 301-302), classifica les necessitats en "una jerarquia on certes necessitats *superiors* s'activen a mesura que es satisfan diverses necessitats *inferiors*. Aquestes cinc necessitats bàsiques estan relacionades entre sí i col·locades en una jerarquia de perminència".

La classificació de les necessitats segons Maslow (Figura 11) és:

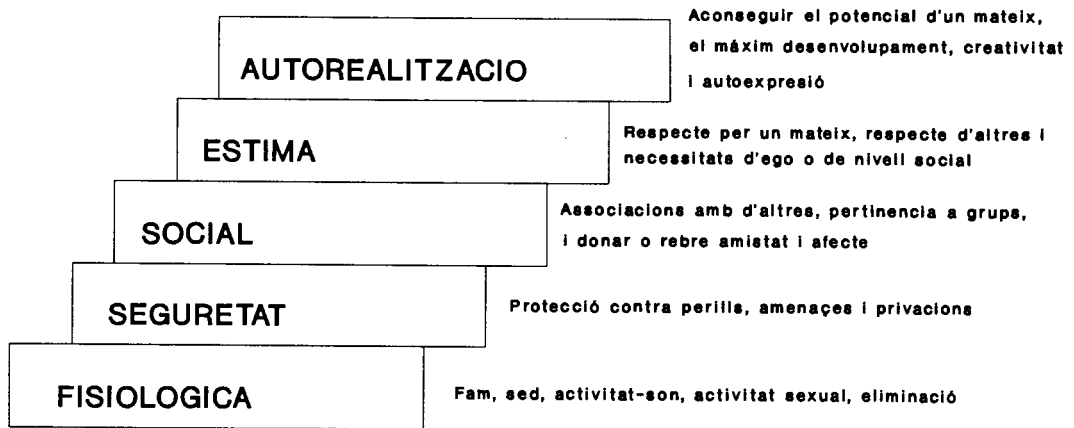


Figura 11. Classificació nec. de Maslow
Kast i Rosenzweig (1992)

En el camp social s'han definit quatre tipus de necessitats que són aplicables també al camp sanitari. Aquestes són, segons Gairin (M. Calafell, 1994) les necessitats latents, expressades, normatives i comparatives (Figura 12):

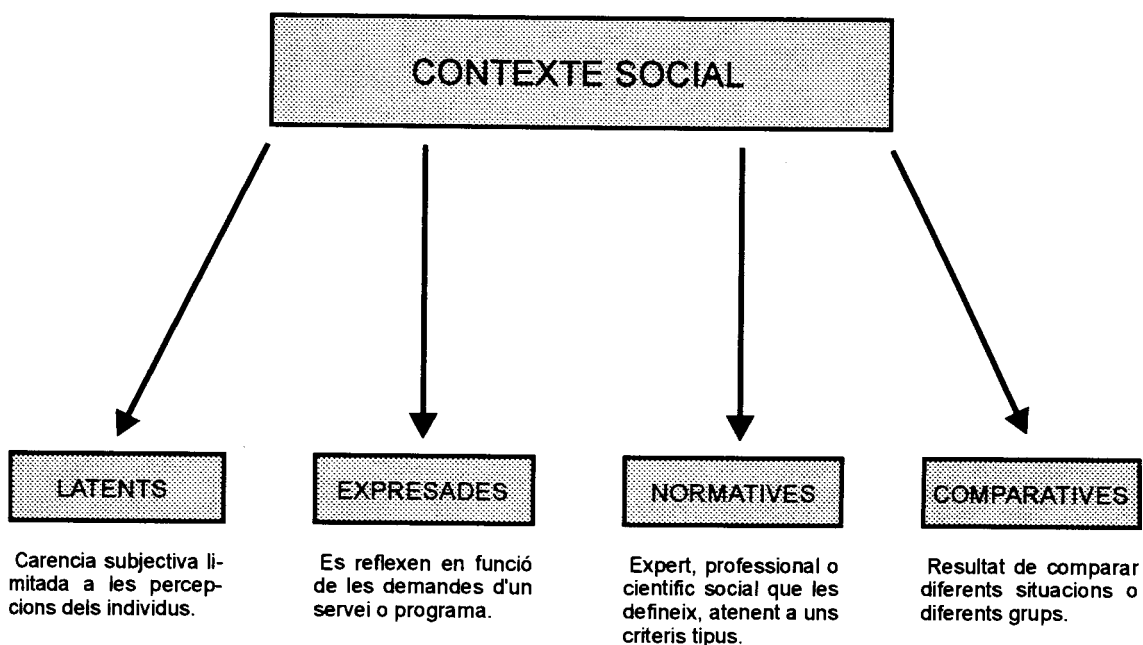


Figura 12 . Necessitats del contexte social (Gairin, 1994)

La teoria dels nivells d'integració desenvolupada per Mardaràs (1990, 179-180) afirma que "tot fenomen humà és bio-psico-socio-cultural, entenent per fenomen humà qual-sevol fet en el que l'èsser humà hi prengui part, ja sigui d'una manera activa o pasiva, individual o de grup, directa o indirecta". En el moment de satisfer les necessitats cal tenir en compte la globalitat del fenomen humà (Figura 13).

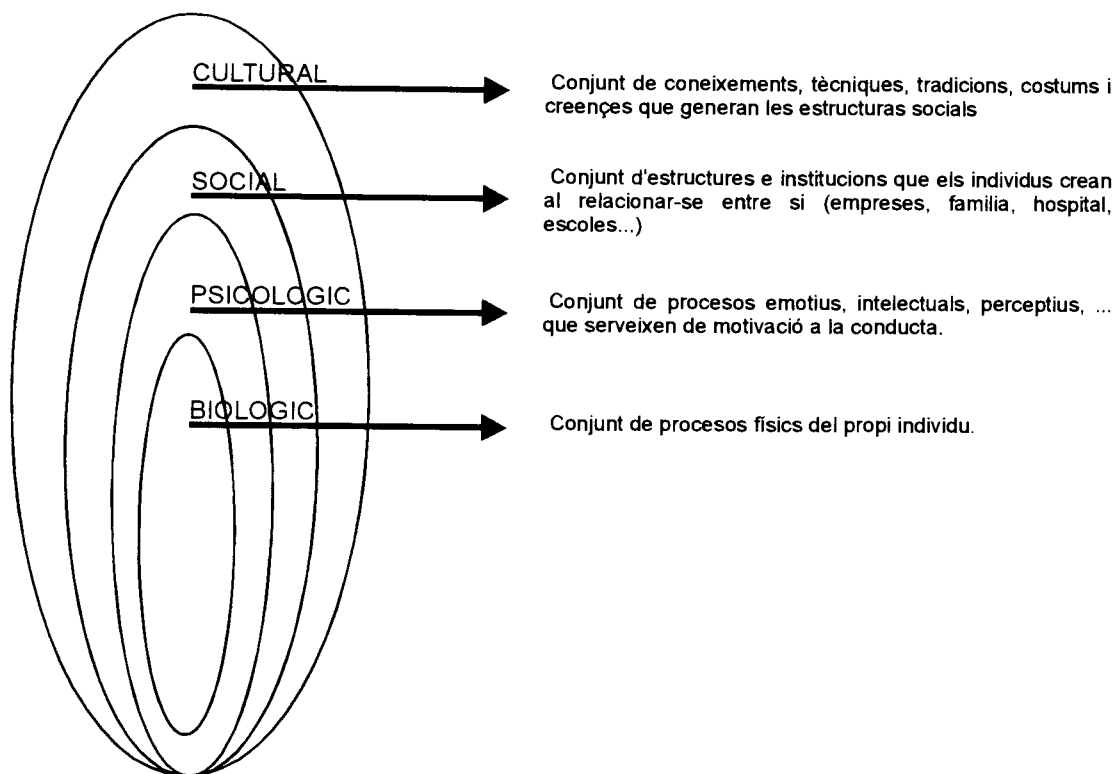


Figura 13 . Nivells d'integració (Mardaràs, 1990)

Davant d'una necessitat, el grau de satisfacció vindrà donat tant per les expectatives que tingui l'individu respecte el servei (experiències anteriors, informacions d'altres usuaris,..) com de l'atenció pròpia que doni el servei (organització sanitària, estructura,..); aquests factors

faran que la satisfacció tingui un grau de variabilitat constant. Tant important és conèixer les necessitats dels nostres clients com ho són les seves expectatives, això ens donarà un camp d'actuació ampli en la consecució dels objectius.

L'Enciclopedia Catalana defineix expectativa com "l'espera d'una cosa que hom creu que ha d'obtenir o que ha d'esdevenir". L'expectativa és doncs allò que una persona creu que pot rebre d'un servei/producte i es basa en coneixements previs, experiències anteriors, informacions obtingudes d'altres persones,...

Actualment les expectatives dels clients en l'àmbit sanitari s'han vist augmentades considerablement; això ha estat degut per una banda al gran avenç tecnològic que ha permès diagnosticar i curar més malalties, i per altre banda el ressò que s'ha fet a nivell social de la importància de la salut i de l'educació sanitària que mitjançant la informació i divulgació ha proporcionat al individu coneixements envers la salut i la malaltia, i per altre banda a un augment de les necessitats socio-culturals (confort, hosteleria, ...).

Les expectatives són sempre subjectives, per això és important que tota empresa de serveis sanitaris conegui les expectatives dels seus clients i, a través de la informació, faciliti el coneixement de tots els serveis que ofereix; d'aquesta manera podrem evitar falses expectatives que portarien a una insatisfacció.

2. Client d'una empresa de serveis.

Dins una empresa de serveis cal distingir dos tipus de client:

- Client extern: És la persona que rep un servei de l'empresa. És el que en un hospital anomenem usuari, pacient, malalt, ... El client extern ens ajuda a mantenir-nos actius i ha augmentar la quota de negoci (p. ex.: ocupació de llits.); alhora és productor del servei ja que sense ell el servei no existiria.
- Client intern: És la persona de dins l'empresa, que dona serveis i alhora és client de la mateixa ja que també rep uns serveis. El client intern és el treballador de l'empresa, és el personal.

Existeix un tercer client que és el subministrador. Aquest és la persona de fora l'organització que subministra productes. A partir d'ara quan parlem de client ens referirem a client extern; el client intern (personal) queda estudiat en l'apartat del principi d'adhesió de les persones.

3. Detecció de les Necessitats/Expectatives.

La qualitat dels serveis sanitaris és molt més difícil d'avaluar que la qualitat dels productes tangibles ja que en el resultat del servei en sí hi intervenen una serie de factors molts d'ells intangibles (amabilitat, cortesia, simpatia, ...). El coneixement d'aquestes necessitats i expectatives són molt importants i poden detectar-se de diverses maneres:

- Fent un estudi de mercat: Així podrem conèixer l'opinió del col·lectiu objecte d'estudi (barri, ciutat, comarca, ..) i podrem valorar les necessitats-expectatives dels clients reals i potencials. D'aquesta manera els objectius plantejats tindran més directrius encaminades a la satisfacció dels clients.

- Informació: És un factor important donar a conèixer els serveis que l'empresa ofereix per tal d'evitar que els clients tinguin unes expectatives que no corresponen a la realitat, i també per informar-nos del que necessiten, i que esperen de nosaltres.
- Establir canals de comunicació amb els treballadors; el personal és qui està en contacte amb els clients i els que coneixen i detecten les necessitats expresades per ells.
- Facilitar al client la possibilitat d'opinar sobre els serveis rebuts mitjançant una bústia de suggeriments.
- Fer un bon ús del sistema de reclamacions pel qual podem detectar expectatives, necessitats i deficiències del servei a millorar.

Aquests i d'altres factors ens ajuden a conèixer les expectatives del client. Si cobrim aquestes necessitats-expectatives aconseguirem un grau de satisfacció elevat del client, el qual en certa manera ens augmentarà la rendabilitat de l'hospital, ja que el client satisfet tornarà a utilitzar el nostre servei quan ho necessiti i a més recomanarà a d'altres clients potencials els nostres serveis.

4. Factors a tenir en compte en la satisfacció del client.

Com hem apuntat anteriorment existeixen una serie de factors intangibles que són difícils de mesurar, però sí que existeixen d'altres que són tangibles i que cal tenir en compte. D'entre aquests es troben:

- Estructura: Sol ser el primer contacte del client amb l'hospital. És valora una bona senyalització, netedat, bona il.luminació, tranquil·litat, entre d'altres.
- Informació: Rebre explicacions del funcionament de l'hospital, normatives, procediments a seguir en diferents casos, evolució de la malaltia,... proporcionen un sentiment de seguretat i confort.
- Participació: Fer participar al client del servei que se li està donant, fomenta la seva independència com a persona i alhora li proporciona un sentiment d'importància i d'utilitat.
- Personalització: Una atenció personalitzada potencia la individualitat de la persona i proporciona també un sentiment d'importància.

3.3.3.5. EFICIÈNCIA ECONÒMICA

Definim com eficiència econòmica d'una empresa de serveis sanitaris l'acompliment de l'objectiu de millorar el nivell de salut minimitzant els recursos disponibles.

En GQT la consecució de l'eficiència econòmica està en equilibri amb la satisfacció del client; és tant important obtenir resultats a nivell de costos com aconseguir la satisfacció del client oferint qualitat en el servei prestat.

Fins fa uns anys es tenia el concepte de que a més qualitat més costos i més dificultat en la producció; en el camp sanitari el més important era fer un bon diagnòstic i un tractament correcte independentment del cost, en definitiva es valorava l'eficàcia. Més endavant comença a preocupar el **tenir bona cura**, a tenir en compte les necessitats de l'empresa i del client. Actualment les tendències apunten a que s'ha de proporcionar el **millor servei** sanitari al **mínim cost** possible.

Factors a tenir en compte en eficiència econòmica:

- 1- La qualitat disminueix els costos.
- 2- Els costos d'obtenció de la qualitat (COQ).
- 3- Els costos ocults de la qualitat.

1. La qualitat disminueix els costos.

Una de les creences més exteses és que si volem augmentar la qualitat d'un producte-servei hem d'augmentar també els costos de producció. En canvi, moltes experiències ja han demostrat que això no és cert i que utilitzant millor els recursos (humans, materials, financers, de comunicació,..)

reduim els costos i augmentem els beneficis.

Diversos autors , com Juran, Feigenbaum, l'American Society For Quality Control, Douchy,..han parlat sobre els aspectes econòmics de la qualitat, i coincideixen en què, el que realment interessa és treballar en qualitat per què els costos que suposa la no qualitat disminueix el fons de beneficis potencials de la empresa.

2. Els costos d'obtenció de la qualitat (COQ).

Els COQ com el seu nom indica són aquells costos que es produeixen al voler obtenir un nivell de qualitat en un producte-servi i que depenen de l'optimització que fem dels recursos existents.

Si observem la Figura 14 (Club de Gestión 1992,99), ens adonem que si reduim els COQ obtenim una disminució d'altres costos i com a conseqüència un augment important del beneficis.

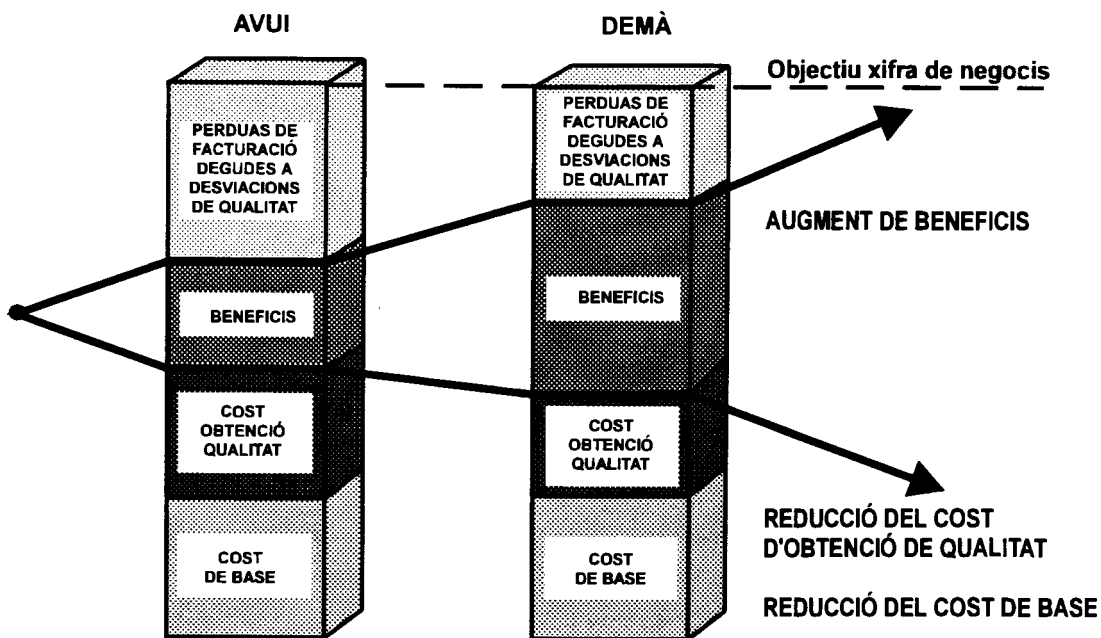


Figura 14 . Relació Qualitat/Benefici (Club de Gestión, 1992)

Els COQ estan integrats per:

- Costos de prevenció: Són els costos de totes les activitats específicament dissenyades per evitar la mala qualitat del producte-servei. (p. ex.: costos en formació del personal, en comunicació, en anàlisi de processos, documentació,...)

- Costos d'avaluació: Són els costos corresponents a la mesura, avaluació o auditoria de productes per a garantir la conformitat amb les normes de qualitat i els requisits de comportament. (p. ex.: costos per auditories, per control de qualitat, per proves de material, per control de pressupost,...)

- Costos d'errades: Són els costos resultats de productes-serveis no conformes amb els requisits o necessitats del client-usuari. Poden ésser *interns*, que són els que tenen lloc abans de l'entrega del producte o subministrament del servei (p. e.: ineficàcia de les reunions, absentisme, accidents laborals, hores extres, dossiers incomplets, errors de diagnòstic, excés de proves complementàries,...) i poden ésser *externs*, que són els que tenen lloc després de l'entrega del producte i durant el subministrament d'un servei al client-usuari (p. ex.: errors en el tractament d'un pacient, cures inadequades,...)

Elements que han de constar en un programa de millora dels COQ

Els costos d'obtenció de la qualitat són individuals de cada empresa i per tan cadascuna d'elles hauria de ser capaç de crear un sistema de gestió de qualitat que es fonamenti en un programa propi de millora contínua del sistema de costos de qualitat.

La Figura 15 ens mostra un esquema dels elements que haurien de constar en un programa de millora dels COQ i la seva retroalimentació.

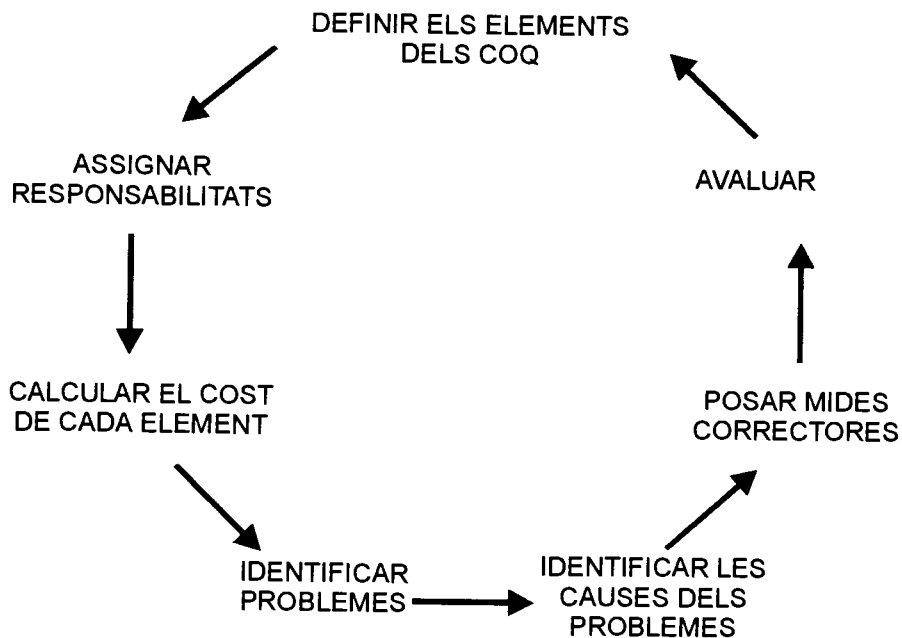


Figura 15 . Programa de millora dels COQ (Elaboració pròpia)

Aquest programa hauria de consistir en:

- a. Definir els elements dels COQ que intervenen a cada departament de l'empresa: descriure funcions, activitats o tasques que poden ésser considerades costos de qualitat, agrupar-les per tipus de costos i classificar-les per departaments.
- b. Les responsabilitats de la qualitat han de ser assignades clarament i cada departament ha de saber per escrit el que d'ell s'espera .
- c. Calcular el cost de cada element o el que és el mateix,

mesurar el COQ; per fer aquest càlcul treballaran conjuntament els responsables de cada departament amb comptabilitat i el realitzaran mensualment, monitoritzant cadascun dels elements dels COQ, abans d'iniciar la identificació dels problemes es recomana obtenir dades de sis mesos a un any.

En l'annex 3 es pot observar un exemple que podria utilitzar-se com a base per recollir les dades d'una unitat o departament.

- d. Identificació de problemes. Definim com a problema una àrea de cost de qualitat elevat, susceptible de millora (Figura 16)

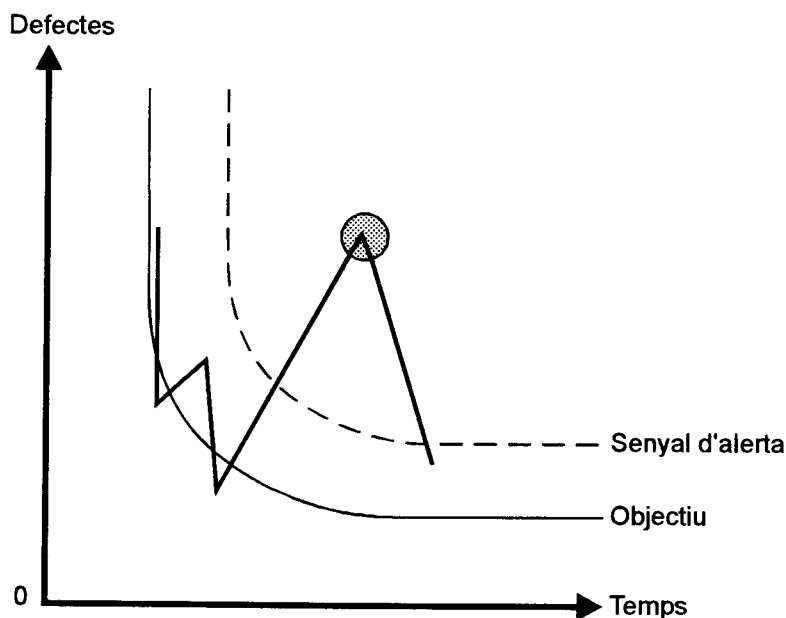


Figura 16 . Identificació de problemes (Douchy, 1988)

Si tenim monitoritzat el cost de cada element, fàcilment podren detectar les desviacions quan sorgeixin.

- e. Identificar les causes dels problemes, mitjançant l'ajut de diagrames causa-efecte o diagrames de Pareto explicats en el principi de la gestió dels processos i la millora contínua.
- f. Posar mesures correctores. Per aconseguir identificar les causes i solucionar-les és necessari que totes les persones implicades siguin conscients del problema i tinguin desig de resoldre'l, per posteriorment realitzar una investigació lògica i planificar conjuntament les mesures correctores.
- g. Avaluar. Consisteix en comparar els nivells de cost actuals i els passats, per cada problema mitjançant tècniques analítiques (Annex 4) expressant els resultats en diners i tenint en compte l'estalvi efectuat. Els resultats han de fer-se arribar a totes les persones implicades i no es compararan mai amb d'altres empreses.

3. Els costos ocults de la qualitat.

Són aquells costos indirectes de la mala qualitat també anomenats intangibles, perquè són difícils de mesurar. Aquests costos no s'avaluen a través de la comptabilitat general, són costos que fan referència a la insatisfacció del client i a la pèrdua de la imatge.

En l'assistència sanitària, per exemple, les expectatives dels clients són cada cop més grans i si això no va acompanyat d'un augment en la qualitat del servei donat pot

traduïr-se en un increment de la insatisfacció i a més a més en una pèrdua de clients reals i potencials.

3.4. PROCÉS D'IMPLANTACIÓ DE LA GQT EN EMPRESES DE SERVEIS SANITARIS.

Per posar en marxa un model de GQT no existeix una metodologia concreta. La bibliografia consultada (tant teòrica com experiències pràctiques) destaca que les organitzacions, alhora de la implantació, elaboren en primer lloc un pla estratègic i després un pla operatiu; les fases però de cada un d'aquests plans no estan clarament unificades ja que sovint depenen de l'anàlisi previ que faci cada empresa de serveis sanitaris. Les fases que nosaltres anomenarem en aquest treball han estat elaborades basant-nos en la literatura existent fins el moment.

3.4.1. FASES D'IMPLANTACIÓ

PLA ESTRATÈGIC.

Definim el pla estratègic com la planificació i coordinació d'una sèrie d'accions per dur a terme un projecte. Consta de les següents fases:

1º FASE.

Fer un diagnòstic de qualitat.

Consisteix en fer un anàlisi previ de la situació de l'hospital on es definiran:

- Tipus d'hospital.
- Característiques dels clients.
- Servei que ofereix.
- Competència.
- Organització interna.
- Recursos humans (adequació, motivació,...).
- Recursos materials (quantitat, adequació,...).
- Cultura i valors de l'organització.
- Sistemes d'informació.
- Resultats econòmics i d'activitat.
- Avaluació dels costos de no qualitat.
- Característiques de les comissions clíniques existents.

D'aquest anàlisi quantitatiu obtindrem un coneixement sobre les característiques més rellevants de l'hospital, amb els seus punts forts i els seus punts dèbils subjectes a millores. Per dur a terme aquesta fase pot realitzar-la

directament la pròpia direcció , però s'aconsella utilitzar l'ajut d'una empresa consultora, ja que serà més objectiva a l'hora d'analitzar la situació i tindrà més experiència en aquest camp.

2º FASE.

- Definir la política de qualitat.

Un cop tenim els resultats de l'anàlisi de la situació es pot començar a elaborar l'estratègia d'implantació de la qualitat total. Aquesta fase la porta a terme l'equip de direcció (director general, direcció mèdica, direcció d'infermeria, direcció administrativa, recursos humans,...).

Aquesta fase inclou la definició i descripció de:

- Qualitat d'assistència sanitària.
- Missió o filosofia de l'hospital.
- Objectius generals (dirigits bàsicament a la satisfacció del client i a l'eficiència econòmica)
- Estructura organitzativa que vol implantar-se (organigrama, coordinacions internes,..)
- Estructura operativa de la millora de la qualitat (comitè de qualitat, grups de millora)
- Sistemes de participació del client.
- Política de recursos humans (participació, informació,..)
- Política de formació de personal.
- Política de reconeixements.
- Canals de comunicació.

Aquestes descripcions estan desenvolupades en el marc conceptual d'aquest treball.

PLA OPERATIU.

Definim com a pla operatiu la posada en marxa de les accions planificades i coordinades en el pla estratègic. Consta de les següents fases:

3º FASE.

- Sensibilització i formació dels comandaments.

Un cop descrita la política de qualitat de la direcció, per tal d'implantar-la, aquesta precisa dels comandaments per transmetre als treballadors aquesta filosofia i alhora perquè actuïn de facilitadors del canvi. És important fer un primer pas de sensibilització i presa de contacte d'aquesta filosofia amb els comandaments per tal de disminuir resistències d'inici i la incertesa pròpia del canvi. La sensibilització es farà mitjançant reunions on serà primordial la participació activa del director general per tal de demostrar la fermesa de la política de qualitat i els objectius de l'hospital.

Després d'un període de sensibilització s'iniciarà un programa de formació específica pels comandaments portat a terme per la pròpia direcció i personal expert, on els continguts bàsics seran en matèria de coneixements de qualitat, estil de lideratge, gestió de recursos humans (teories de motivació: Maslow-Herzberg, participació, comunicació,...), materials (costos de no qualitat, optimització de recursos,...) i metodologia per la millora de la qualitat.

4º FASE.

- Sensibilització i formació del personal.

Aquesta etapa és aconsellable dur-la a terme paral·lelament a la formació dels comandaments, per tal d'evitar la incertesa i alhora reforçar la sensibilització a través dels propis comandaments. Aquesta sensibilització va dirigida a tot el personal de l'hospital (infermeria, metges, administratius, manteniment,...) i es farà de la mateixa manera que en la 3ª fase mitjançant l'alta direcció; la formació del personal inclourà matèries com treball en equip, canvi d'actituds, metodologia per la millora de la qualitat, entre d'altres, i s'impartirà per unitats/serveis en la mesura que la implantació progressi.

5º FASE.

- Implantació dels grups de millora.

La implantació de la política de qualitat és millor iniciar-la de forma pilot en aquella unitat/servei que creiem que reuneixi les condicions més adients per tenir èxit (p. ex.: millor disponibilitat del personal, existència de problemes evidents de fàcil solució, bona comunicació interpersonal,...). Quan en aquesta unitat pilot es comencin a obtenir resultats, es pot continuar la implantació de forma progressiva a la resta de les unitats/serveis.

Les persones encarregades de dur a terme la implantació dels grups de millora en una unitat/servei seran les designades per la direcció i es responsabilitzaran de la formació del personal i del seguiment dels projectes de millora.

La metodologia emprada en un projecte de millora està referenciada en el principi de la gestió dels processos i la millora continua.

Totes aquestes fases son seqüencials però cada una d'elles ha de perdurar en el temps, és a dir, es pot estar portant a terme un projecte de millora i alhora mantenir una formació als comandaments amb la finalitat de que la dinàmica de treball a tota l'organització sigui adient a la política de l'hospital. Segons la bibliografia i les experiències consultades, el temps d'implantació de la GQT és llarg i depèn basicament del tamany i característiques pròpies del hospital; en línies generals tots ells apunten a que el pla estratègic pot tenir una duració de 2-3 anys i el pla operatiu d'uns 2,5-5 anys per iniciar la consolidació.

3.4.2 FACTORS QUE DIFICULTEN LA IMPLANTACIÓ DE LA GQT.

Cal tenir en compte una sèrie de factors que poden dificultar la implantació d'aquest model de gestió en els hospitals. Per P.Pèrez (M. Comelles, 1992) i R.Marquet (Annex 2, 1993) aquests factors poden ésser:

- Canvi freqüent de direccions. Actualment, per diversos motius, les direccions dels hospitals es veuen sotmeses a continus canvis en la persona que ocupa el càrrec.
- Model de gestió poc definit i poc àgil.
- Compromís de la direcció poc sensible a la qualitat, amb pocs coneixements, insegura e incapaç de motivar al personal.
- Estructura orgànica i funcional molt jerarquitzada i burocratitzada.
- Existència d'un model bio-mèdic molt arrelat, on el metge és el principal protagonista i no s'enfoqui una atenció integral cap al client i on la infermera es limiti a desenvolupar únicament el rol de prescripció i col.laboració.
- Existència d'una cultura organitzativa basada en el control, poc professionalitzada i a on al client no se'l consideri l'objectiu de l'assistència.
- Canals d'informació i comunicació inexistents o poc fluids, no arribant així els resultats obtinguts al personal.

- Reticències per part dels comandaments en afavorir la participació.
- Existència de condicions de treball molt insatisfactòries i desmotivadores.

El procés d'implantació de la GQT es un procés lent ja que suposa un canvi cultural important i es recomana que, malgrat les dificultats que puguin sorgir, es mantingui la dinàmica instaurada i si cal, pot cercar-se ajut extern en un moment determinat.

Com ja hem esmentat anteriorment, un dels objectius d'aquest sistema de gestió és l'eficiència econòmica i és important destacar que la fase d'implantació suposa unes despeses en temps i diners dedicades bàsicament al canvi cultural (sensibilització, formació,...) i que aquesta inversió es veu rentabilitzada a mig-llarg termini.

4 . MARC PRÀCTIC

4.1. HIPÒTESI GENERAL

El model de Gestió de Qualitat Total aplicat a l'infermeria millora la satisfacció del client, la satisfacció del personal i els resultats econòmics.

4.2. PROCÉS

4.2.1. METODOLOGIA

Per estudiar la hipòtesi general hem basat la nostra recerca en un estudi descriptiu a partir de tres hospitals comarcals; l'elecció d'aquests s'ha plantejat des de la perspectiva de que un d'ells té implantat un model de gestió de qualitat total des de fa quatre anys (**hospital 1**), un altre està iniciant un procés d'implantació d'aquest model (**hospital 2**) i un tercer que no té definit un model de gestió d'aquest tipus (**hospital 3**).

Les variables de l'estudi són les següents:

- . Variable depenent: La gestió de qualitat total
- . Variables independents: La satisfacció del client
La satisfacció del personal
Els resultats econòmics
- . Variables intervinents: Dades personals
Dades formació del personal
Dades socio-laborals personal
Variables de qualitat
Dades d'informació al usuari
Atenció donada al usuari

4.2.2. POBLACIÓ I MOSTRA

a) En relació al client:

La població escollida en relació al client per valorar el seu grau de satisfacció han estat, tots els clients ingressats a l'hospital, previa definició dels següents criteris:

- Dies d'estada: més de 4 dies i menys de 30 dies
- Edat: Majors de 20 anys
- Estat de consciència: Conscients, orientats i col.laboradors
- Pacients que no estiguin en estat terminal
- Pacients que no presentin una patologia psiquiàtrica

La mostra d'aquesta població, escollida per mostreig probabilístic simple, han estat tots els clients que ens han contestat el questionari; cal destacar que aquesta coincideix gairebé amb la totalitat de la població estudiada (88.8%) obtenint així un alt grau de representativitat (Figura 1).

	TOTAL	HOSPITAL 1	HOSPITAL 2	HOSPITAL 3
Població	63	12	30	21
Mostra	56	10	27	19
Percentatge	88,8%	83,3%	90%	90,4%

Figura 1. Taula de síntesi: Població-mostra clients

A l'hospital 1 cal esmentar que va sorgir un incidència, la qual queda referenciada en el punt 4.2.5.

b) En relació al Personal:

La població escollida en relació al personal per valorar el seu grau de satisfacció ha estat totes les infermeres que treballen en els hospitals estudiats.

La mostra d'aquesta població, escollida per mostreig probabilístic aleatori simple, han estat totes les infermeres que ens han contestat el qüestionari, obtenint una mostra altament representativa (56.5%) (Figura 2).

	TOTAL	HOSPITAL 1	HOSPITAL 2	HOSPITAL 3
Població	191	80	60	51
Mostra	108	51	29	28
Percentatge	56,5%	63,7%	48,3%	54,9%

Figura 2. Taula de síntesi: Població-mostra personal

c) En relació a la Gerència i Direcció d'Infermeria:

En aquest cas la mostra es el total de la població ja que s'han entrevistat a tots els gerents i directores d'infermeria dels tres hospitals estudiats.

4.2.3. INSTRUMENTS

Els instruments utilitzats per obtenir dades de la recerca han estat els següents:

- a) Questionari per el client
- b) Questionari per el personal d'infermeria
- c) Entrevista al gerent
- d) Entrevista a la directora d'infermeria

En els annexes 5, 6, 7 i 8 es presenten els models de questionaris i entrevistes definitius.

a) Questionari per el client:

L'elaboració d'aquest questionari ha estat pròpia, realitzada pensant en els aspectes més rellevants que el client percebeix i que pugin aportar resultats per valorar el seu grau de satisfacció envers l'atenció que rep.

El questionari consta de 15 preguntes, 10 de les quals tenen una resposta a escollir; les altres 5 preguntes són obertes. Les variables treballades en aquest questionari han estat les següents (Fig. 3):

- Dades generals (tipus d'hospital, edat, sexe, servei, dies d'ingrés, utilització anterior del hospital, serveis utilitzats, aspectes que més agraden i aspectes a millorar).
- Dades d'informació (funcionament, enquesta).
- Dades d'atenció rebuda (tracte, atenció, coneixement infermeria, informació proves i tècniques).

b) Questionari per el personal d'infermeria:

L'elaboració d'aquest questionari ha estat pròpia, basada en la determinació d'una sèrie de factors que poden influir sobre la satisfacció del personal. En aquest questionari les variables treballades han estat les següents (Figura 3):

- Dades personals
- Dades de formació
- Dades socio-laborals
- Variables de qualitat: nivell d'adhesió, compromís de direcció, nivell d'informació, gestió de processos, eficiència econòmica, actitud, satisfacció del personal, satisfacció del client.

Els tres primers apartats constan d'alguna pregunta oberta i la resta tenen una resposta a escollir (mòdul A i B); en el quart apartat (mòdul C, D i E), els ítems del mòdul C s'han valorat amb una resposta de 4 caselles que van del "molt satisfactori" al "insatisfactori", i en el mòdul D i E, les 4 caselles van del "sempre" al "mai".

La finalitat de l'estudi de les variables de qualitat és saber com els hospitals estudiats responen als principis fonamentals de la GQT des de la perspectiva dels professionals d'infermeria.

Aquests questionaris han estat validats pel sistema de jutges des del punt de vista de la validesa de continguts, incorporant-hi les correccions suggerides per els mateixos.

En relació al questionari del client ha estat validat per 10 persones, algunes d'elles pacients ingressats als nostres

centres de treball i d'altres persones conegudes que no treballen en el camp sanitari.

Pel que fa referència al questionari del personal ha estat validat per 12 persones algunes d'elles companyes infermeres del nostres centres de treball, direccions d'infermeria i professionals de la mateixa escola.

	VARIABLES	ITEMS
Q. CLIENT	Dades generals Informació Atenció rebuda	.V1,V2,V3,V4,V5,V6,V7,V8, V9 .V10,V11 .V12,V13,V14,V15,V16,V17, V18
Q. PERSONAL	Dades personals Dades de formació Dades socio-laborals Variables de qualitat: . Compromís de la direcció . Nivell d'adhesió . Nivell d'informació . Gestió de processos . Eficiència econòmica . Actitud del personal . Satisfacció professional . Satisfacció del client	.V2,V3 .V4,V5 .V6,V7,V8,V9,V10,V11,V12 .D1-D4, E7-E8 .C6-C9,C13-C20,D1-D14,E4- E6,E8,E10 .D1-D14 .E4-E7, E10-E11 .D12-D14, E12 .E1-E3, E14 .C1-C22,D1-D14,E4-E8,E10- E11 .C5, D10-D11

Figura 3. Contingut del questionari client/personal

c) Entrevista al gerent:

Quant a l'elaboració de l'entrevista dirigida als gerents, també ha estat pròpia i hem incorporat els següents apartats:

- 1- Característiques generals de l'hospital
- 2- Entorn
- 3- Anàlisi de l'empresa
- 4- Característiques pròpies de la gestió
- 5- Procés d'implantació de la GQT en els hospitals que ho han implantat
- 6- Projectes de futur

d) Entrevista a la directora d'infermeria:

L'elaboració d'aquesta entrevista ha estat realitzada de la mateixa manera que l'anterior amb continguts similars, mantenint la mateixa estructura, però amb la finalitat d'obtenir dades pròpies de la infermera.

4.2.4. RECOLLIDA DE DADES

La recollida de dades de la recerca s'ha dut a terme de la següent manera:

a) Questionari del client:

Prèvia autorització de la gerència de cada hospital, hem passat el questionari als clients ingressats que reunien els criteris de valoració pre-establerts (4.2.2.) a excepció de l'hospital 1, que per motius explicats en les incidències (4.2.5), hem dut a terme l'enquesta telefònicament, facilitant-nos l'hospital els noms i telèfons dels seus clients. A l'hospital 2 i 3 els questionaris s'han passat personalment en forma d'entrevista.

b) Questionari del personal d'infermeria:

Al igual que l'anterior, prèvia autorització de la gerència i de la directoria d'infermeria, hem passat el questionari per les diferents àrees dels hospitals a totes les infermeres, entregant-lo en un sobre i recollint-lo al cap d'unes hores, comentant si havien tingut alguna dificultat.

c) Entrevista amb el gerent:

Prèvia cita telefònica per dur a terme les entrevistes, aquestes s'han realitzat explicant en primer lloc als gerents els nostres objectius de la recerca, i després s'ha desenvolupat l'entrevista segons el format previst. La duració d'aquestes ha estat d'uns 90'.

d) Entrevista amb la directora d'infermeria:

S'ha realitzat de la mateixa manera que l'anterior amb un promig de durada de 100'.

Aquestes dues entrevistes (c i d) han estat realitzades per separat i gravades per facilitar la recollida de dades, i s'han dut a terme en el període comprès del Decembre/93 al Abril/94.

4.2.5. INCIDÈNCIES

La incidència més remarcable ha estat a l'hospital 1 que, degut a un procés de fusió que s'està portant a terme, la gerència no va trobar oportú que passés el questionari als clients en el seu centre, ja que això podria crear mals entesos entre els propis clients. La mateixa gerència va facilitar-nos els noms i telèfons dels clients que havien estat ingressats en el seu centre, seguint els criteris de valoració que havíem definit.

4.3. RESULTATS.

4.3.1. INTRODUCCIÓ

Els resultats dels questionaris i de les entrevistes realitzades han estat tractades de la següent manera:

a) En relació als clients:

Els resultats dels questionaris dels clients han estat tractats estadísticament amb el programa SPSS. En la part descriptiva s'han analitzat cadascun dels ítems a nivell general dels tres hospitals. En l'anàlisi inferencial s'han fet els següents creuaments:

- En funció de la informació rebuda
- En funció de l'atenció rebuda

En la Figura 4 exposem una taula de síntesi on queden reflectides les dades de l'anàlisi descriptiu i les dades més significatives de l'anàlisi inferencial.

b) En relació al personal d'infermeria:

Els resultats han estat tractats també estadísticament amb el programa SPSS. En la part descriptiva s'han analitzat

cadascun dels ítems a nivell general dels tres hospitals. En l'anàlisi inferencial s'han fet els següents creuaments:

- En funció de l'hospital, creuant els tres hospitals amb les variables de qualitat
- En funció de l'àrea de treball creuant les tres àrees principals (hospitalització, serveis especials, consultes externes) amb les variables de qualitat.

També hem buscat correlacions entre les variables de qualitat amb elles mateixes, a nivell general dels tres hospitals i a nivell individual.

En la Figura 19 exposem una taula de síntesi on quedan reflectides les dades de l'anàlisi descriptiu i les dades més significatives de l'anàlisi inferencial.

c) En relació a les entrevistes:

Les entrevistes realitzades a la gerència i a la directoria d'infermeria s'han sintetitzat en un esquema comú pels tres hospitals anotant les dades més significatives i classificant-les segons els principis fonamentals de la GQT.

4.3.2. EN RELACIÓ ALS CLIENTS

4.3.2.1. ANÀLISI DESCRIPTIU

1. DADES GENERALS

L'hospital que més enquestes ha aportat ha estat l'hospital 2. en un 48.2% en relació a l'hospital 1 que tant sols s'han recollit un 17,9% (Figura 4), aquesta diferència es deguda a que la mostra dels clients de l'hospital 1 van ser enquestats per telèfon, per la incidència abans esmentada.

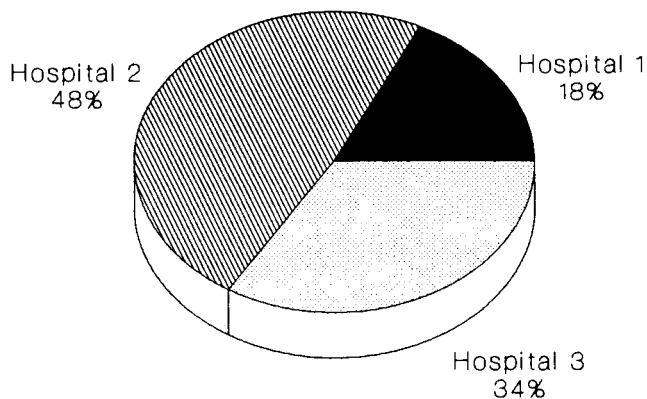


Figura 4. Distribució d'enquestes per hospitals

L'edat dels enquestats es elevada ja que la mitja es troba en 64 anys, essent la mínima de 25 a. i la màxima de 87 a.; de fet més del 50% de la mostra té més de 70 a. (Figura 5). Taula edat

% clients

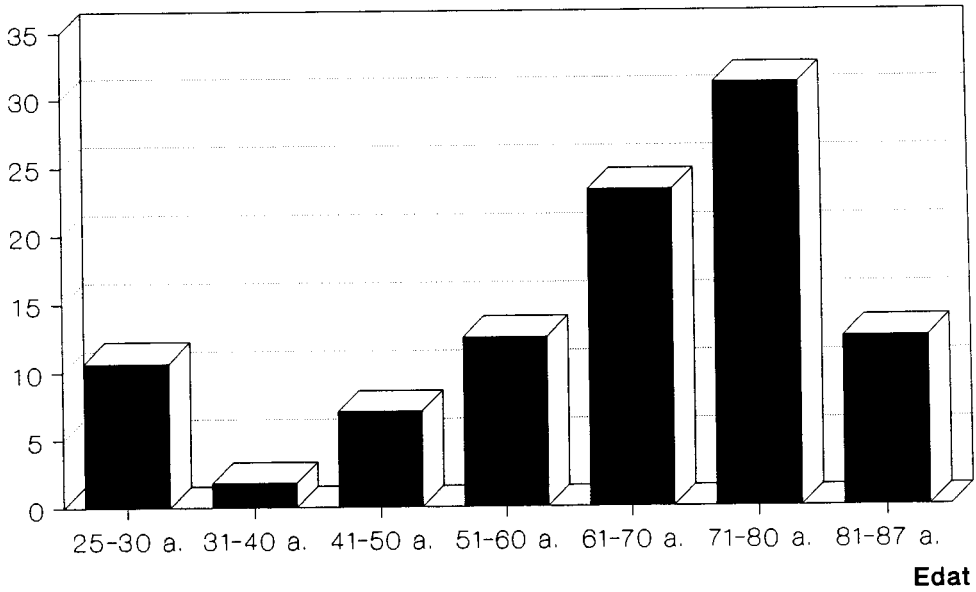


Figura 5. Distribució per edat

Quant al **sexe** hi ha una distribució molt similar, encara que es troben més dones (55.4%) que homes (44.6%) (Figura 6).

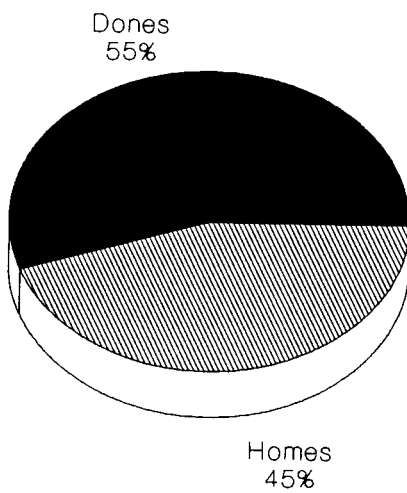


Figura 6. Distribució per sexe

El **Servei** on majoritariamente han estat ingressats es Medicina Interna en un 34.5%, seguit del servei de cirurgia i traumatologia en un 25% i obstetrícia en un 14.5% (Figura 7).

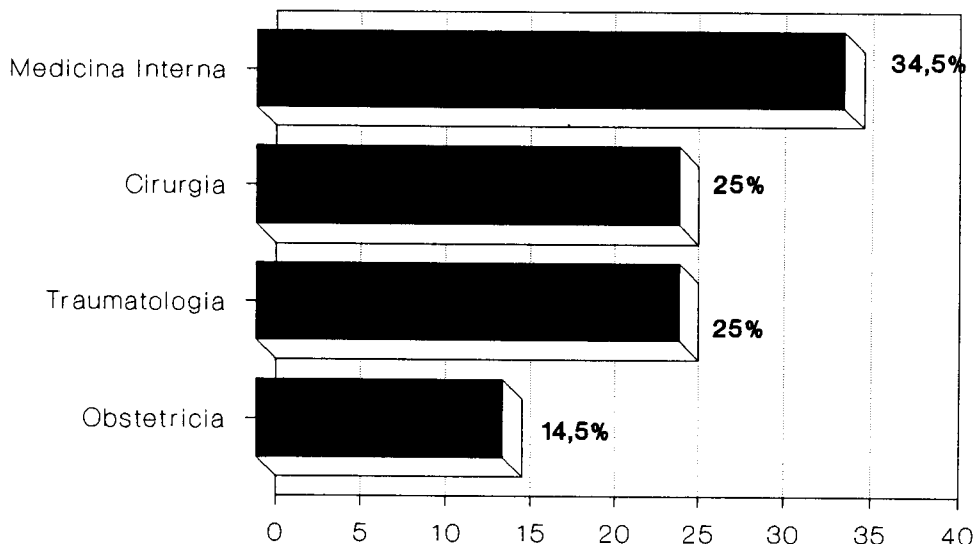


Figura 7. Distribució per Serveis

En relació als **dies d'ingrés** s'observa una estada curta, majoritariamente entre 4 i 7 dies (45.5%). Els ingressos entre 7 i 30 dies mantenen un percentatge diferent, observant algun augment en nombre de pacients ingressats als 10, 15 i 30 dies (Figura 8).

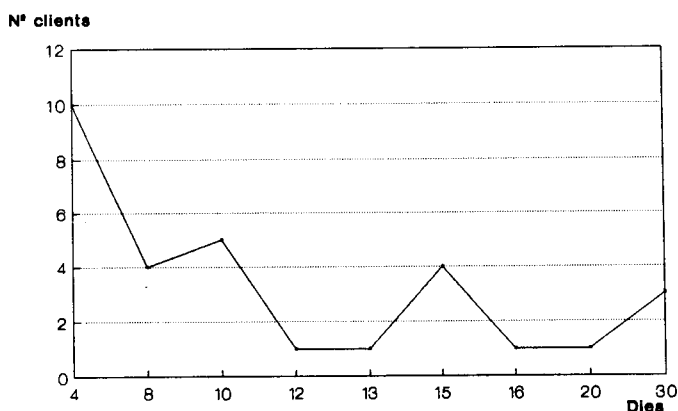


Figura 8. Distribució per dies d'estada

Han **utilitzat anteriorment l'hospital** en un 76.8% dels casos i només un 23.2% era la primera vegada que l'utilitzava (Figura 9). Aquesta dada pot ser explicable per tractar-se d'hospitals comarcals, ja que aquests atenen amb un ampli servei a tota la comarca, evitant desplaçaments innecessaris.

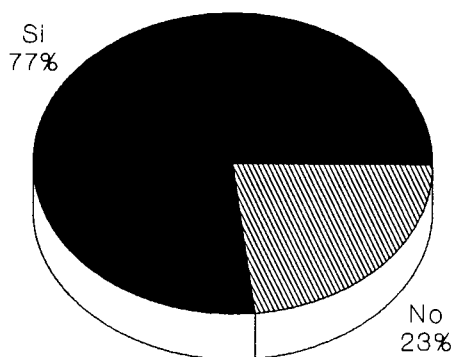


Figura 9. Utilització anterior de l'hospital

Del 76.8% dels enquestats que han utilitzat anteriorment l'hospital, els **serveis més utilitzats** han estat urgències en un 69.6% i hospitalització en un 66.1%, en menor proporció estan consultes externes en un 46.4% i rehabilitació en un 8.9% (Figura 10).

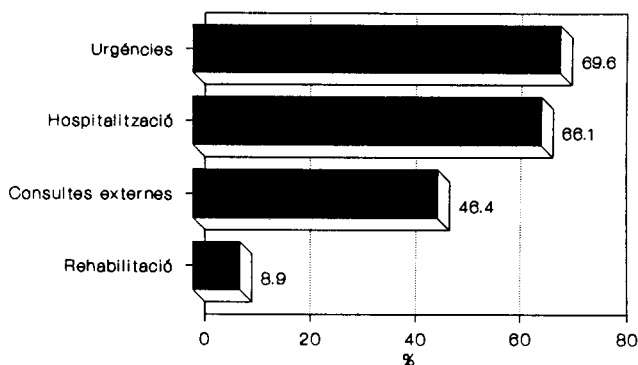


Figura 10. Serveis utilitzats anteriorment

Han **utilitzat anteriorment l'hospital** en un 76.8% dels casos i només un 23.2% era la primera vegada que l'utilitzaba (Figura 9). Aquesta dada pot ser explicable per tractar-se d'hospitals comarcals, ja que aquests atenen amb un ampli servei a tota la comarca, evitant desplaçaments innecessaris.

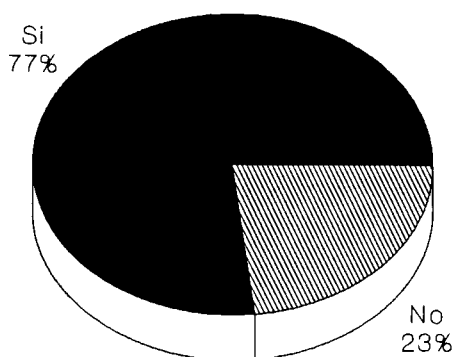


Figura 9. Utilització anterior de l'hospital

Del 76.8% dels enquestats que han utilitzat anteriorment l'hospital, els **serveis més utilitzats** han estat urgències en un 69.6% i hospitalització en un 66.1%, en menor proporció estan consultes externes en un 46.4% i rehabilitació en un 8.9% (Figura 10).

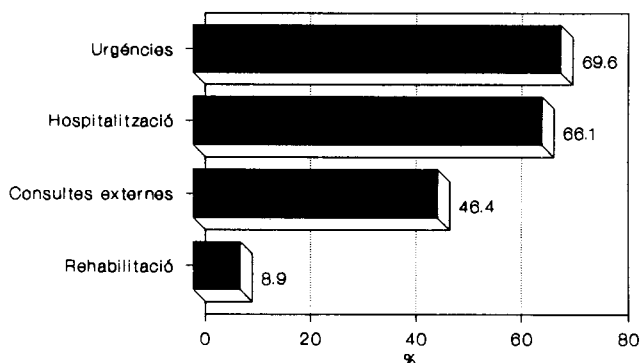


Figura 10. Serveis utilitzats anteriorment

Les tres coses que més agraden dels hospitals han estat el tracte d'infermeria en un 49%, el tracte dels metges en un 33% i el menjar en un 17% (Figura 11).

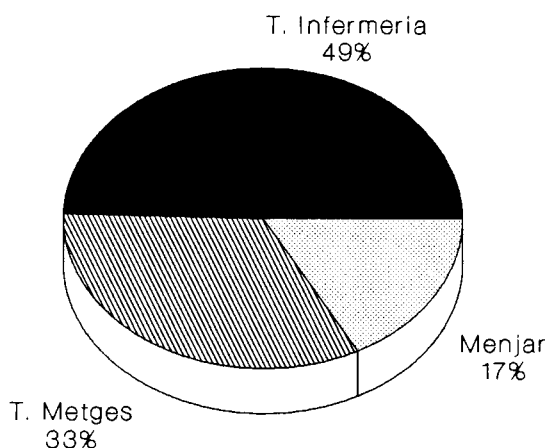


Figura 11. Aspectes que mes agraden

Les tres coses que millorarien són el temps d'espera per ingressar en un 40%, habitacions individuals en un 30% i problemes d'estructura en general en un 30% (Figura 12)

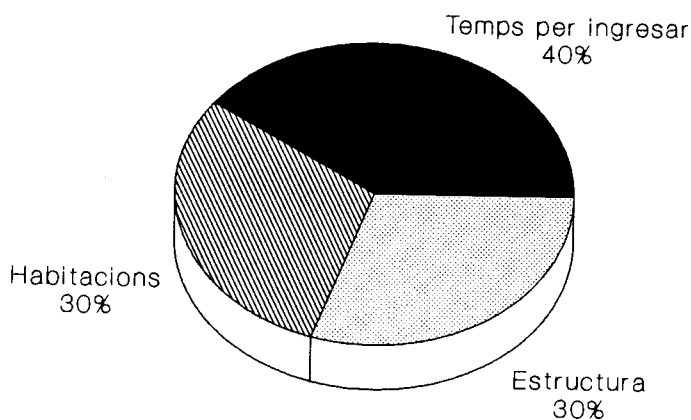


Figura 12. Aspectes que millorarien

2. INFORMACIÓ

Quant a la informació sobre el **funcionament de l'hospital** (hores de visita, serveis,...) el 74.1% respon que no ha estat informat però que saben que els metges passen pel mati. El 25.9% restant afirma que han rebut informació, però molts d'ells es perquè l'han sol·licitat (Figura 13).

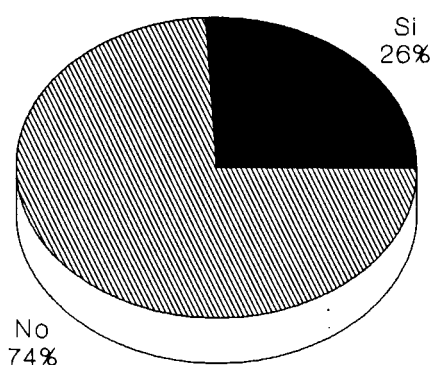


Figura 13. Informació funcionament hospital

Majoritàriament els enquestats no han rebut una **enquesta d'opinió** sobre l'hospital (86.8%) enfront d'un 13.2% que sí que la rebut (Figura 14).

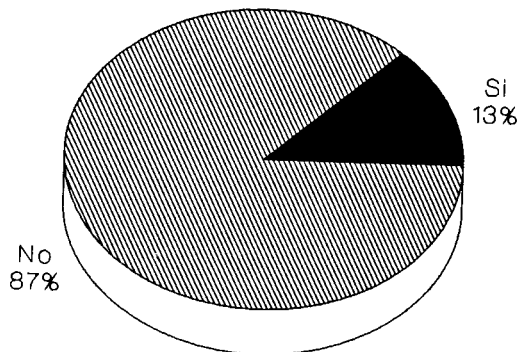


Figura 14. Enquesta d'opinió

Cal dir que els tres hospitals faciliten enquestes d'opinió, però que són conscients de que no tothom en fa cas i els motius més freqüents del perquè aixó passa es degut a que en alguns casos tenen problemes de disseny del fulletó i no és gaire entenedor, d'altres ho entreguen a l'ingrès però moltes vegades degut a l'estat del pacient aquest no n'és conscient (sigui per l'edat, estat de la malaltia,...) i d'altres realitzen aquesta enquesta després de l'alta mitjançant una empresa externa.

3. ATENCIÓ

El **tracte rebut** per el personal d'infermeria durant l'ingrés ha estat considerat molt bo en un 55.4% i bo en un 30.4% dels enquestats. Per un 14.3% ha estat correcte (Figura 15)

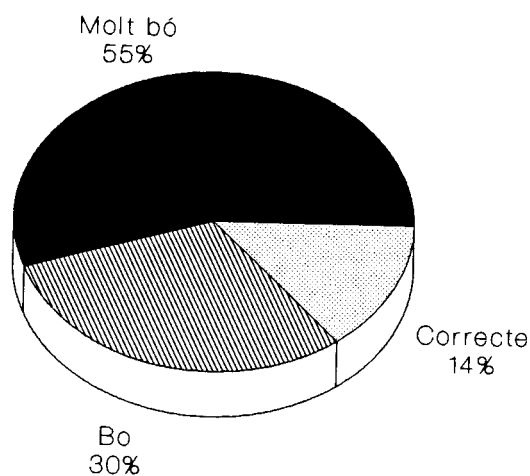


Figura 15. Tracte rebut

L'**atenció rebuda** per part del personal d'infermeria ha estat personalitzada en un 100%. Aquest percentatge global i l'alt nivell del tracte rebut proporcionen un alt grau de satisfacció als pacients.

Pel que fa referència a si **coneixen les infermeres de cada torn** s'ha valorat aquest coneixement per el nom, i les respostes negatives han sigut elevades, però cal esmentar que molts dels enquestats que han respós que no, han especificat que les reconeixien però que no sabien el seu nom i han donat com a motius principals els pocs dies que estan hospitalitzats i el canvi sovint d'infermeres (Figura 16).

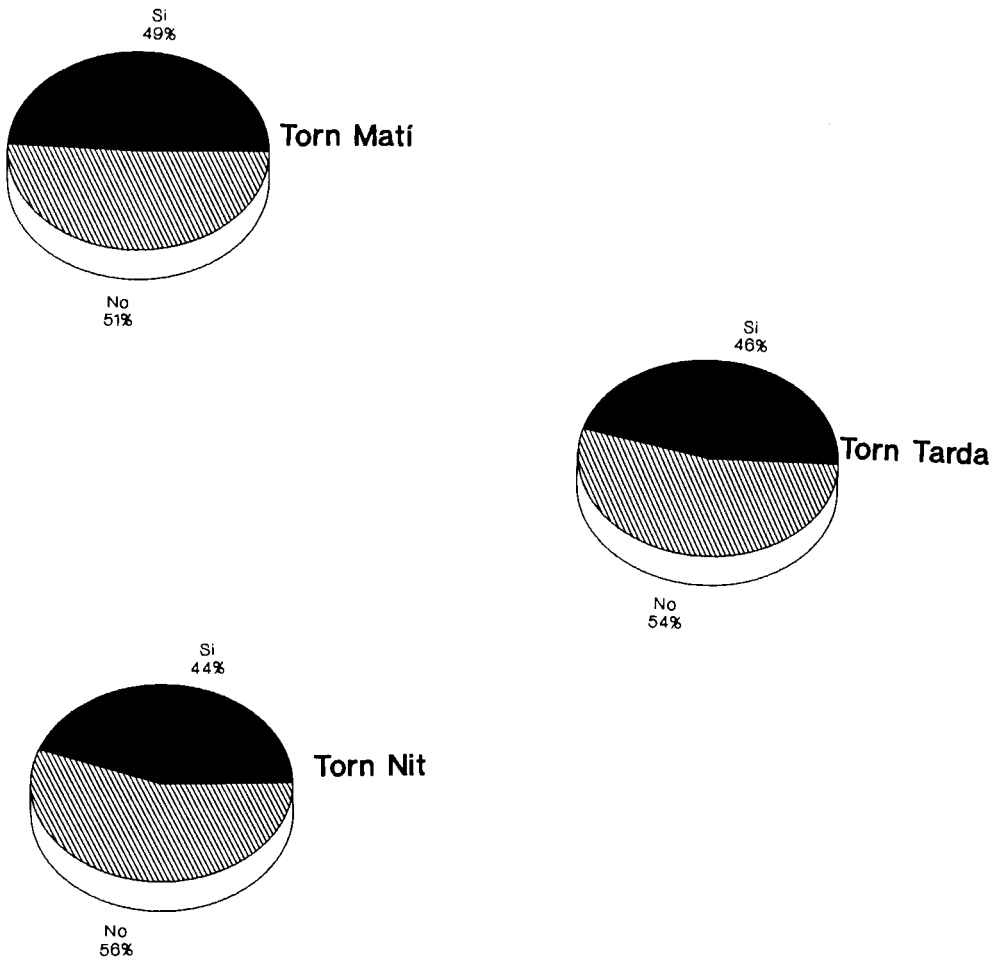


Figura 16 . Coneixement de les infermeres per torns

Observem que el fet de conèixer a les infermeres es una mica més elevat al matí a diferència dels altres dos torns; això pot ser degut a que la demanda de cures d'infermeria es més elevada en el torn del matí respecte a la tarda i a la nit.

Tant en la **informació de proves** que s'els ha de realitzar com en la **informació de tècniques** d'infermeria el percentatge d'informació es elevat (73.6% i 88.7% respectivament) essent en un percentatge inferior la no informació (9.4% i 5.7% respectivament) (Figura 17).

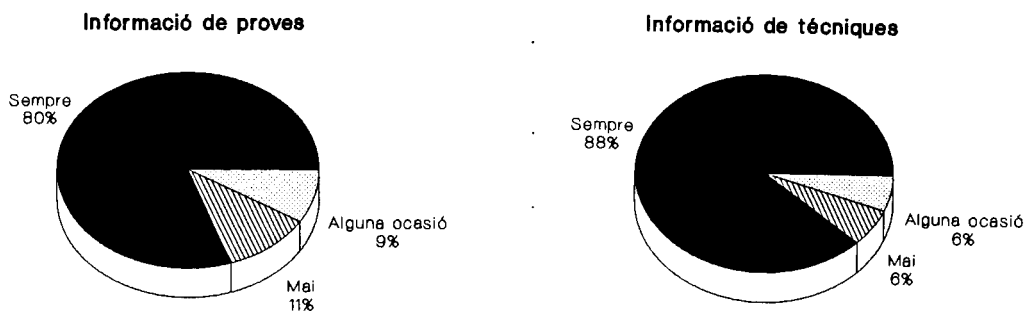


Figura 17. Informació de proves i tècniques

La gran majoria dels enquestats (82.5%) **recomanaria l'hospital** i tan sols un 8.9% no el recomanaria. Aquest alt percentatge ens demostra que hi ha un alt grau de satisfacció envers l'hospital.

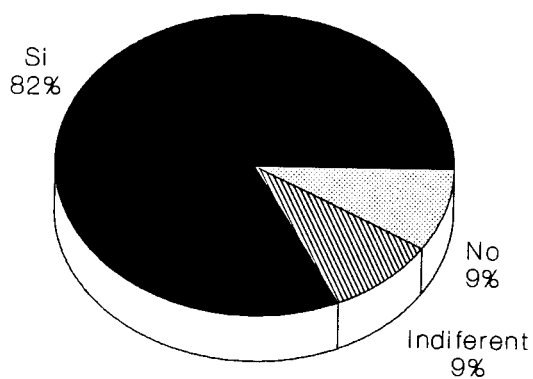


Figura 18. Recomenaria l'Hospital

4.3.2.2. ANÀLISI INFERENCIAL

Aquest anàlisi comparatiu el realitzem creuant les variables de la V_{10} a la V_{19} en funció de cada hospital (V_{20}) mitjançant la prova de CROSSTABS i acceptem que no hi han diferències significatives quan $p > 0.05$ (hipòtesi nula) i si n'hi han per valors de $p < 0.05$ (hipòtesi alternativa).

Els creuaments on hem trobat significància els podem observar en la taula de síntesi de la figura 19, els quals són:

- En funció de la **informació sobre el funcionament del hospital** observem que, tenint en compte que els tres hospitals donen informació, els clients que més ho perceben són els de l'hospital 1 i 3 en relació a l'hospital 2.
- En funció del **tracte rebut per infermeria** podem detectar que, observant previament que els tres hospitals es situen en un tracte acceptable (del correcte al molt bo) i per tant cap d'ells és deficient, el que millor tracte dona segons la percepció dels clients es l'hospital 1, el qual es situa en "molt bo", seguit de l'hospital 2 que es situa entre "bo" i "correcte" i l'hospital 3 que es situa en "correcte".
- En funció de l'**informació rebuda sobre proves**, podem observar que, malgrat que existeix una significància de $p < 0.03$, ja que la mostra es molt petita no reuneix les condicions per poder contrastar; ara bé, si que ens atrevim a dir que existeix una tendència a que els hospitals 1 i 3 informin "sempre" i l'hospital 2 "en algunes ocasions" i "mai".

			General	Hosp. 1	Hosp. 2	Hosp. 3	Signif.	
DADES GENERALS	EDAT		64 a.	63 a.	65 a.	63 a.	-----	
	SEXE	Homes	44,6 %	40 %	44,4 %	47,4 %	-----	
		Dones	55,4 %	60 %	56,6 %	52,6 %		
	SERVEIS	Med. Interna	34,5 %	40 %	42,3 %	21,1 %	-----	
		Cirurgia	25 %	40 %	26,9 %	15,8 %		
		COT	25 %	-----	23,1 %	42,1 %		
		Obstetricia	14,5 %	20 %	7,7 %	21,1 %		
DIES ESTADA	4 - 7 dies	45,5 %	60 %	34,6 %	52,6 %	-----		
	8-16 dies	36,3 %	40 %	38,5 %	31,6 %			
	17-30 dies	18,2 %	-----	26,9 %	15,8 %			
UTILITZACIÓ ANTERIOR DE L'HOSPITAL	Si	76,8 %	90 %	70,4 %	78,9 %	-----		
	No	23,2 %	10 %	29,6 %	21,1 %			
SERVEIS MÉS UTILITZATS	UCIAS	69,6 %	60 %	66,7 %	78,9 %	-----		
	Hospitalitz.	61,1 %	80 %	59,3 %	68,4 %			
	C. Externa	46,4 %	50 %	44,4 %	47,4 %			
	Rehabilitació	8,9 %	10 %	3,7 %	15,8 %			
INFORM.	FUNCIONAMENT HOSPITAL	Si	25,9 %	40 %	11,5 %	38,9 %	p<0,05	
		No	74,1 %	60 %	88,5 %	61,1 %		
INFORM.	ENQUESTA OPINIÓ	Si	13,2 %	20 %	7,7 %	17,6 %	-----	
		No	86,8 %	80 %	92,3 %	82,4 %		
ATENCIÓ REBUDA	TRACTE REBUT D'INFERMERIA	Molt bo	55,4 %	90 %	55,6 %	36,8 %	p<0,02	
		Bo	30,4 %	10 %	37 %	31,6 %		
		Correcte	14,3 %	-----	7,4 %	31,6 %		
	ATENCIÓ PERSONALITZADA	Si	100 %	100 %	100 %	100 %	-----	
		No	-----	-----	-----	-----		
	CONEIXEMENT INFIRMERA	Mati	Si	49,1 %	70 %	53,8 %	31,6 %	-----
			No	50,9 %	30 %	46,2 %	68,4 %	
		Tarda	Si	45,5 %	70 %	46,2 %	31,6 %	
			No	54,5 %	30 %	53,8 %	68,4 %	
		Nit	Si	43,6 %	60 %	46,2 %	31,6 %	
No			56,4 %	40 %	53,8 %	68,4 %		
INFORMACIÓ PROVES	Sempre	73,6 %	88,9 %	53,8 %	94,4 %	p<0,03		
	Mai	9,4 %	-----	26,9 %	-----			
	Algunes ocas.	17 %	11,1 %	19,2 %	5,6 %			
INFORMACIÓ TÈCNIQUES D'INFERMERIA	Sempre	88,7 %	100 %	84,6 %	88,9 %	-----		
	Mai	5,7 %	-----	7,7 %	5,6 %			
	Algunes ocas.	5,7 %	-----	7,7 %	5,6 %			
RECOMANARIA L'HOSPITAL	Si	82,1 %	100 %	85,2 %	68,4 %	-----		
	No	8,9 %	-----	7,4 %	15,8 %			
	Indiferent	8,9 %	-----	7,4 %	15,8 %			

Figura 19 . Taula de Síntesi. Anàlisi descriptiu i inferencial en relació al client

4.3.3. EN RELACIÓ AL PERSONAL D'INFERMERIA.

4.3.3. ANÀLISI DESCRIPTIU

L'anàlisi descriptiu l'hem realitzat tenint en compte la globalitat dels tres hospitals, i en la taula de síntesi de la Figura 34 podem observar que hi constan les dades tan a nivell general com per cadascun dels hospitals, així com les significancies extretes de l'anàlisi inferencial en funció de l'hospital.

1. DADES GENERALS

Dels 3 hospitals enquestats, s'han recollit el 47.2% de questionaris a l'hospital 1 i la resta són del 2 i 3 (26.9% i 25.9% respectivament) (Figura 20). Cal tenir en compte que l'hospital 1 és el que té més nombre d'infermeres i a més a més en el que han contestat la majoria d'elles, con es fa referència en la Població-Mostra.

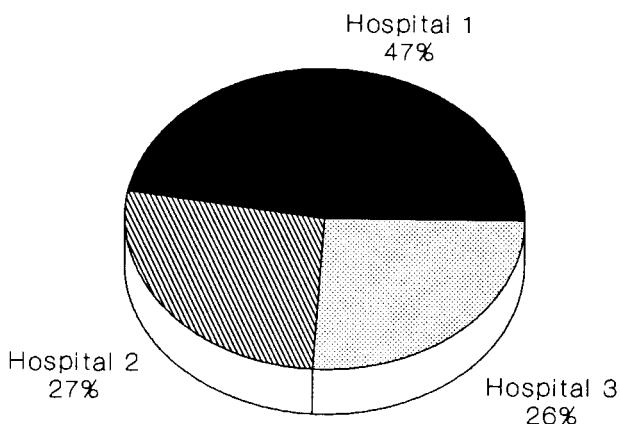


Figura 20. Distribució d'enquestes per hospitals

2) DADES PERSONALS

L'edat dels enquestats és relativament jove, ja que quasi el 60% són menors de 30 anys (56.1%) i un 40% tenen de 31 a 45 anys (Figura 21).

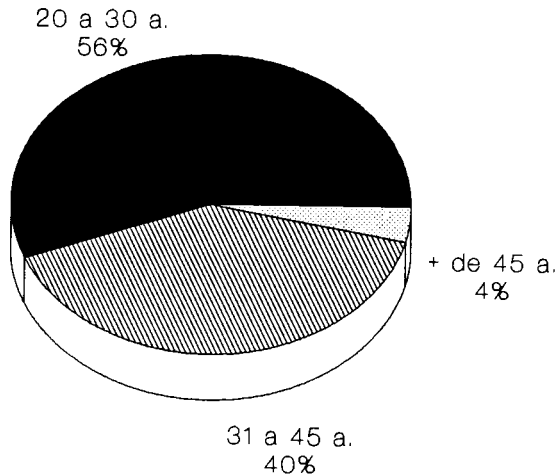


Figura 21 . Distribució per edat

Podem observar, que pràcticament la totalitat de la mostra enquestada (96.3%) té una edat inferior a 45 a.

El **sexe** es majoritàriament femení, doncs tan sols un 2% són homes (Figura 22).

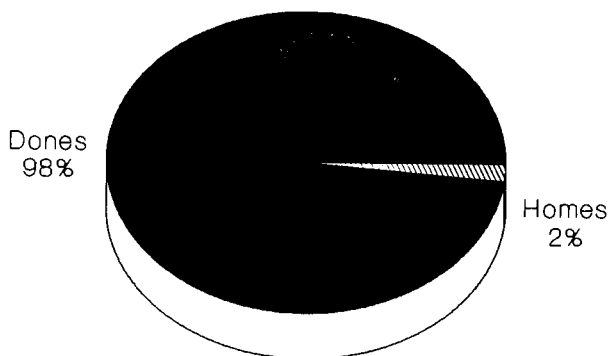


Figura 22 . Distribució per sexe

3) DADES DE FORMACIÓ

Pel que fa referència als **anys de diplomatura** pràcticament el 50% de les infermeres enquestades han finalitzat el seus estudis en el últims 6 anys, observant-ne un augment significatiu en les diplomades fa 2 anys (Figura 23).

També podem observar que un 90% de les enquestades només fa 17 anys que van finalitzar els seus estudis.

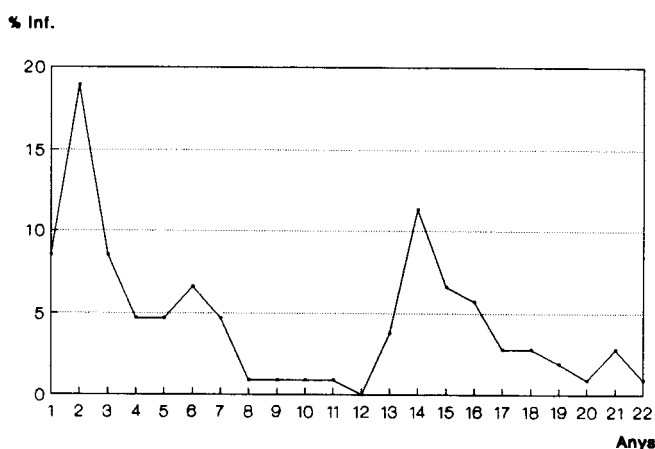


Figura 23. Anys de diplomatura

Tenint en compte que fa 13 anys que s'imparteix la diplomatura en infermeria podem explicitar que el 64.2% de la mostra ha cursat aquests estudis (Figura 24).

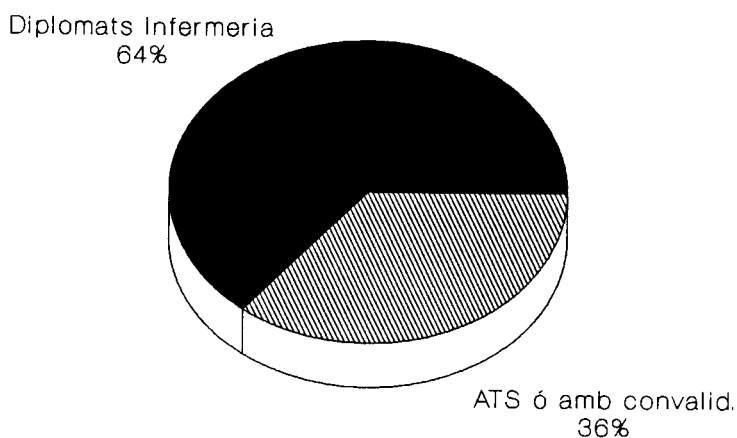


Figura 24. Distribució segons estudis

Els anys que fa que **exerceixen d'infermeres** pràcticament coincideix amb la data que van finalitzar els seus estudis, ressaltant igualment la freqüència més elevada als 2 anys i als 14 anys.

4) DADES SOCIO-LABORALS

Quant a l'**antiguitat a l'hospital**, el 52.8% de la mostra només fa 5 anys que hi treballen i el 47.2% queda repartida homogeniament fins un màxim de 20 anys (Figura 25).

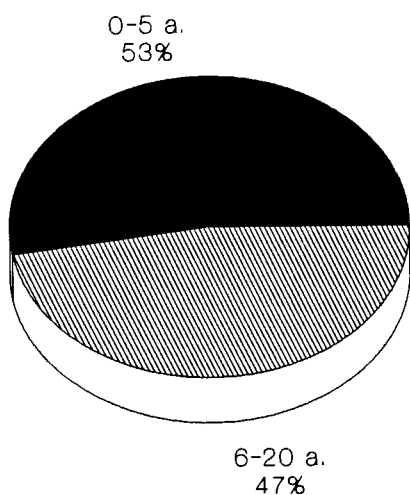


Figura 25. Antiguitat a l'hospital

L'**àrea de treball** on desenvolupen la feina es majoritàriament a hospitalització en un 61.7%, en serveis especials (quiròfan, urgències i UCI) en un 35.5% i consultes externes en un 2.8% (Figura 26).

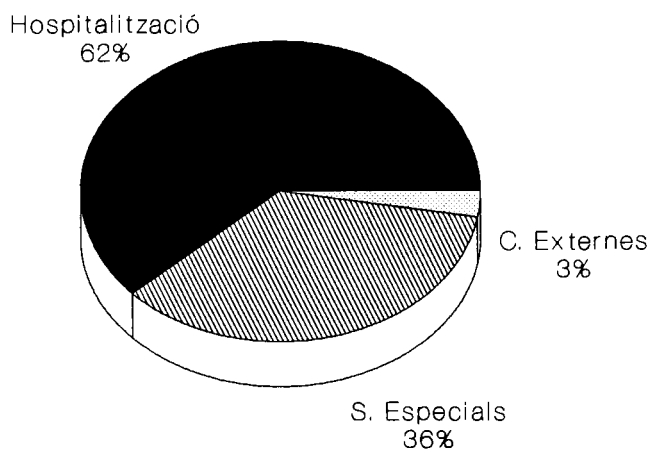


Figura 26. Area de treball

El tipus de contracte que tenen els nostres enquestats es caracteritza per ser indefinit (67.6%), essent els temporals d'un 24.1% i els suplents de 8.3%.

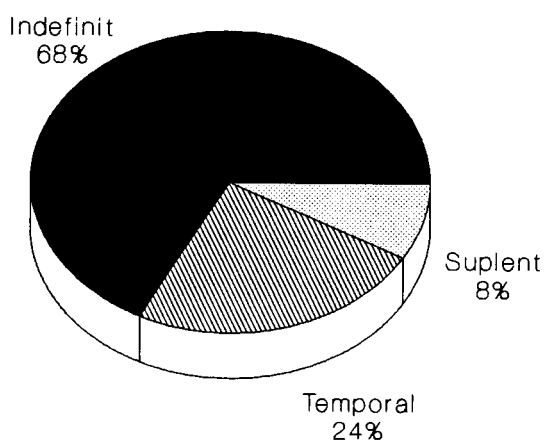


Figura 27. Tipus de contracte

Quant al **torn de treball** podem observar que el 39.9% dels enquestats treballen sempre de dia (matí, tarda, 12 hores dia), el 40.7% treballen sempre de nit, i existeix un 19.4% de persones que tenen horari flexible (matí-tarda o nit) (Figura 28).

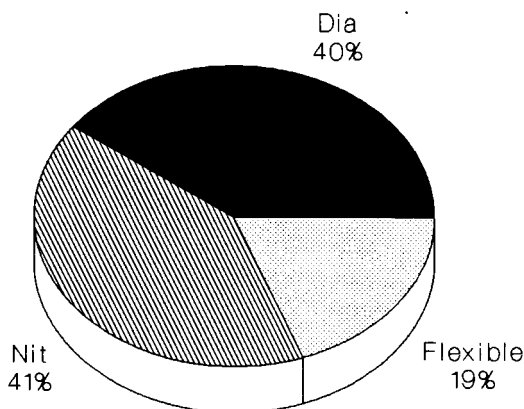


Figura 28. Torn de treball

Cal esmentar que el percentatge de questionaris contestats en el torn de nit es molt superior a la resta de torns.

L'horari de treball dels enquestats els inclou majoritàriament **treballar els caps de setmana** en un 92.6%.

En relació al **canvi de torn** existeix un 80.6% que no l'han demanat i un 19.4% que han sol·licitat el canvi de torn.

Cal esmentar que de les persones que l'han sol·licitat (19.4%), el 15.7% treballa en torn de nit i el 3.7% treballa de dia (Figura 29).

Quant al **torn de treball** podem observar que el 39.9% dels enquestats treballen sempre de dia (matí, tarda, 12 hores dia), el 40.7% treballen sempre de nit, i existeix un 19.4% de persones que tenen horari flexible (matí-tarda o nit) (Figura 28).

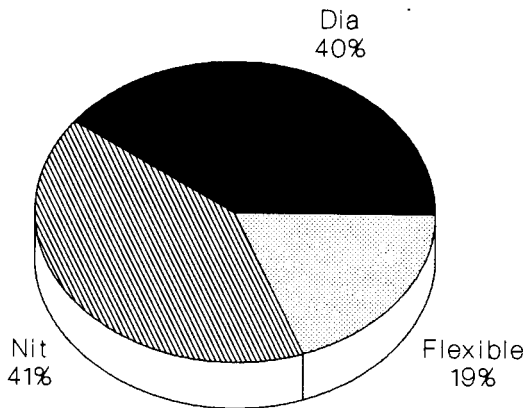


Figura 28. Torn de treball

Cal esmentar que el percentatge de questionaris contestats en el torn de nit es molt superior a la resta de torns.

L'horari de treball dels enquestats els inclou majoritàriament **treballar els caps de setmana** en un 92.6%.

En relació al **canvi de torn** existeix un 80.6% que no l'han demanat i un 19.4% que han sol.licitat el canvi de torn.

Cal esmentar que de les persones que l'han sol.licitat (19.4%), el 15.7% treballa en torn de nit i el 3.7% treballa de dia (Figura 29).

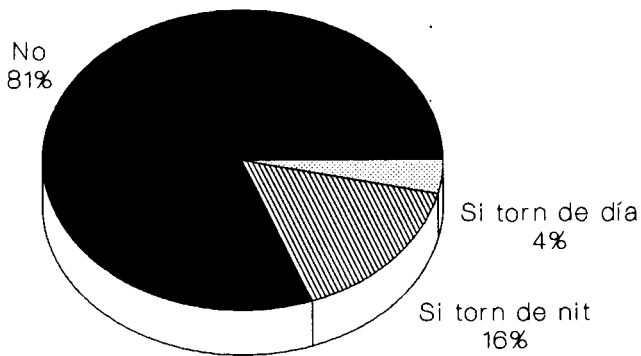


Figura 29. Sol.licitud de canvi de torn

Els tres motius principals que dóna el personal de nit per canviar de torn són:

- "L'horari de nit es molt desequilibrat" (41.1%)
- "No m'agrada el tipus de feina del torn de nit" (17.6%)
- "No se adaptar-me al torn de nit" (11.7%)

Pel que fa referència al **canvi d'unitat** un percentatge molt elevat no l'ha demanat (91.7%) i tant sols l'ha sol.licitat un 8.3% (Figura 30).

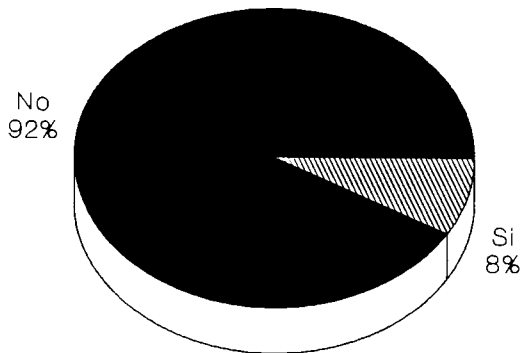


Figura 30. Sol·licitud de canvi d'unitat

Els dos motius més importants per canviar d'unitat són:

"Per sortir de la rutina" (50%)

"Per reciclar-me" (25%)

5. VARIABLES DE QUALITAT

Per valorar el **nivell de satisfacció** que tenen els enquestats hem tingut en compte els 43 ítems evaluats on la mitja teòrica es de 107.5 punts, en l'explotació de dades a nivell general, s'observa que la mitjana sobre el nivell de satisfacció de la mostra es de 113.2 punts; per tant podem dir que ens trobem enfront d'un nivell de satisfacció mig-alt.

En la nostra opinió un dels factors que pot influir en aquest percentatge és, com hem referenciat anteriorment, l'edat dels enquestats on un 60% tenen menys de 30 anys.

Els 6 ítems seleccionats envers el **compromís** de la **direcció** valoren el punt de vista que té el personal d'infermeria respecte a aquest per dur a terme una gestió cap a la millora de la qualitat; la mitja teòrica es de 15 punts; en els resultats a nivell general, la mitjana es de 16.1 punts; això ens indica que les infermeres tenen coneixement de que les seves direccions es preocupen per millorar l'assistència en un grau mig, molt similar a la mitja teòrica.

El **nivell d'adhesió** que tenen els enquestats enfront la política de gestió de recursos humans de les seves direccions dóna una mitjana teòrica de 77.5 punts; en l'extracció de dades a nivell general la mitja de la mostra és de 78.4 punts per lo qual podem dir que el personal d'infermeria se sent integrat en la política de gestió del seu hospital en un nivell mig en relació a la mitjana teòrica.

La mitjana teòrica del **nivell d'informació** dels enquestats és de 35.5 punts i en els resultats obtinguts a nivell general la mitjana es de 33.5 punts; això ens indica que el grau d'informació que reben els enquestats per part dels seus superiors es mig-baix.

Si analitzem cadascun dels ítems avaluats, detectem que cinc d'ells (D1, D6, D9, D10 i D12) es decanten majoritàriament cap al "mai" i la resta d'ítems es troben en un terme mig.

Dels sis ítems escollits per avaluar com els enquestats se senten i participen en la **gestió dels processos** per la millora de la qualitat, la mitjana teòrica es de 15 punts enfront els 15.4 punts de la mitja general.

Pel que fa referència al coneixement que tenen els enquestats sobre aspectes econòmics de l'hospital i l'optimització de

recursos (eficiència econòmica), la mitjana teòrica es de 10 punts; a nivell general ens dóna una mitja de 8.7 punts; així doncs podem concluir que el grau d'informació que tenen els nostres enquestats sobre els aspectes per millorar l'eficiència econòmica és mig-baix en respecte a la mitja teòrica.

En l'**actitud** que mostren els enquestats enfront el treball en equip i la participació, la mitjana teòrica és de 10 punts, i en la recollida de dades de la mostra a nivell general és de 12.2 punts; així doncs l'autoavaluació que fan els enquestats envers la seva pròpia actitud professional es situa en un nivell mig-alt.

Dels tres ítems escollits per avaluar la percepció que tenen les infermeres envers la **satisfacció del client**, en funció de l'atenció d'infermeria que ofereixen i de la informació que reben sobre agraïments i reclamacions, obtenim una mitja teòrica de 7.5 punts enfront d'una mitja a nivell general de 8.2 punts; per tant podem dir que el grau de coneixement que tenen les infermeres sobre l'atenció d'infermeria que reben els pacients es troba en un nivell mig.

4.3.3.2. ANÀLISI INFERENCIAL

Aquest anàlisi l'hem realitzat mitjançant la prova ONE-WAY, on comparem més de dos grups en situació paramètrica i acceptem que hi han diferències significatives quan $p < 0.05$ igualment que en l'anàlisi inferencial del client. En aquesta comparació hem creuat la V1 que correspon a l'hospital en funció de les variables de qualitat (compromís de la direcció, adhesió, informació, gestió de processos, eficiència econòmica, actitud, satisfacció del personal, satisfacció del client) i també hem creuat la V7 que correspon a l'àrea de treball en funció de les mateixes variables de qualitat.

a) En funció de l'hospital, hem obtingut les següents dades (Figura 31):

Paràmetres	Hospital 1 (X)	Hospital 2 (X)	Hospital 3 (X)	Signif	Dif.
Compromís de la direcció	17.1	16.1	14.5	$p < 0.02$	1>3
Nivell d'adhesió	81.2	76.1	75.5	--	--
Nivell d'informació	35.5	32.5	31.1	$p < 0.03$	1>3
Gestió de processos	15.5	15.9	14.9	--	--
Ef. econòmica	9.7	7.5	8.1	$p < 0.001$	1>3,2
Actitud	11.7	12.8	12.4	$p < 0.05$	2>1
Satisf. personal	116.7	109.8	110.1	--	--
Satisfacció client	8.5	7.6	8.3	--	--

Figura 31. Taula de síntesi en funció de l'hospital (X=mitja)

En funció de l'hospital només s'aprecien diferències significatives en 4 d'aquests paràmetres:

- En el **compromís de la direcció** podem observar que a

l'hospital 1 el personal d'infermeria té més coneixement dels objectius de la direcció i pensen que els seus superiors es preocupen per millorar l'assistència en relació a l'hospital 3, quedant el 2 en un nivell intermig.

- En el **nivell d'informació** observem que a l'hospital 1 les infermeres se senten molt més informades que als hospitals 2 i 3.

- En relació a l'**eficiència econòmica** es verifica que les infermeres de l'hospital 1 tenen més informació sobre aspectes econòmics i optimització de recursos que l'hospital 2, quedant l'hospital 3 en una situació intermitja.

L'**actitud** que té el personal dels hospitals 2 i 3 es més elevada que a l'hospital 1. Podem dir que les infermeres dels tres hospitals tot i estant per sobre de la mitja teòrica, en els hospitals 2 i 3 estan més sensibilitzades pel treball en equip i la participació en projectes de millora.

b) En funció de l'**àrea de treball** hem obtingut les següents dades (Figura 32):

Paràmetres	Hospita- lització (X)	Serv. espec. (X)	C. externa (X)	Signif.	Dif.
Compromís direc.	16.4	14.3	15.9	--	--
Adhesió	78.4	69.5	82.7	p<0.05	3>2
Informació	33.9	28.2	34.3	p<0.05	3,1>2
Gestió processos	15.3	14.4	16.1	--	--
Ef. econòmic	8.9	6.9	9.2	p<0.02	3,1>2
Actitud	12.3	12.3	11.5	--	--
Satisf. personal	112.8	101.5	119.5	p<0.05	3>2
Satisf. client	8.5	5.8	8.5	p<0.00	1,3>2

Figura 32. Taula de síntesi en funció de l'àrea de treball (X=mitja)

En funció de l'àrea de treball observem diferències significatives en cinc d'aquests paràmetres:

- En l'**adhesió de les persones**, les infermeres que treballen a consulta externa se senten més integrades en la política de gestió de l'hospital en relació a les que treballen en serveis especials, quedant hospitalització en un terme mig.

- El **grau d'informació** que reben les infermeres que treballen a les àrees de consulta externa i hospitalització es més elevat que les dels serveis especials.

- En relació a l'**eficiència econòmica**, el personal d'infermeria que treballa a consultes externes i hospitalització tenen més informació dels aspectes econòmics i d'optimització de recursos que en els serveis especials. Això pot ser degut a que el grau de maniobrabilitat en l'optimització de recursos dels serveis especials és molt més baix que en la resta de serveis, ja que aquests necessiten d'una dotació de recursos humans i materials més fixe, independentment de l'activitat que produeixin, en canvi, la resta de serveis pot optimitzar millor els recursos depenent de les càrregues de treball.

- La **satisfacció del personal** que treballa a consulta externa es més elevada que la dels que treballen en serveis especials, quedant el personal d'hospitalització en un terme mig.

- El personal d'hospitalització i consulta externa tenen la percepció de que el client rep una bona **atenció d'infermeria** i està més satisfet que el personal dels serveis especials. Això pensem que pot ser degut a que tant a hospitalització com a consultes externes es fa un seguiment de l'atenció

d'infermeria més continuat que als serveis especials, on aquesta atenció es més puntual.

Altres inferències d'interès.

En aquest apartat ens ha interessat verificar la relació entre les variables de qualitat amb elles mateixes (satisfacció del personal, l'adhesió de les persones, el compromís de la direcció, la gestió dels processos, l'eficiència econòmica, la satisfacció del client, l'actitud de les persones i la informació), tant a nivell general com per hospital i això ho hem fet amb la prova de CORRELACIÓ; en la següent taula s'expressen els valors al respecte (Figura 33).

Satisfacció								
Adhesió	0.9855 **							
Compromís	0.8098 **	0.8225 **						
Gestió	0.7650 **	0.7659 **	0.6978 **					
Eficiència	0.3120 *	0.3465 *	---	---				
Client	0.5805 **	0.5651 **	0.4356 **	0.3084 *	0.3979 **			
Actitud	0.3263 *	0.3265 *	0.3257 *	0.3751 **	---	---		
Informació	0.8583 **	0.8831 **	0.8241 **	0.5592 **	0.5186 **	0.6800 **	---	
	Satisfacció	Adhesió	Compromís	Gestió	Eficiència	Client	Actitud	Informació

* p<0.01
 ** p<0.001
 --- negatiu

Figura 33 . Taula de correlacions entre les variables de qualitat

A nivell global podem dir que:

a) Allà on es verifica relació aquesta és positiva, es a dir, per exemple les infermeres que més alt nivell d'adhesió tenen, són també les que tenen més alt nivell de satisfacció,

al igual que les que valoren més baixa l'adhesió tenen un nivell de satisfacció més baix.

b) L'adhesió i la satisfacció de les infermeres es relacionen positivament amb la resta de variables de qualitat.

c) L'eficiència econòmica no es relaciona amb el compromís de la direcció ni amb la gestió dels processos ni amb l'actitud.

d) L'actitud no es relaciona ni amb la satisfacció del client ni amb la informació.

Amb caràcter específic de cada hospital, l'anàlisi es verifica pràcticament en tots els seus extrems als hospitals 1 i 2 (a excepció de l'apartat d'eficiència econòmica on a l'hospital 1 es relaciona únicament amb la informació i a l'hospital 2 es relaciona amb l'apartat de gestió de processos i d'informació).

A l'hospital 3 succeeix que el nivell de relació entre les diferents variables és menor, de manera que la satisfacció del personal i l'adhesió només es relacionen amb el compromís de la direcció, la gestió dels processos i la informació, no havent-hi relacions entre la variable eficiència econòmica, satisfacció del client (a excepció de la informació) i l'actitud.

		General	Hosp. 1	Hosp. 2	Hosp. 3	Signif.	
D. PERSON	EDAT	20-30 a. 31-45 a. + 46 a.	56,1 % 40,2 % 3,7 %	58 % 38 % 4 %	48,3 % 51,7 % -----	60,7 % 32,1 % 7,2 %	-----
	SEXE	Dones Homes	98,1 % 1,9 %	98 % 2 %	100 %	96,3 % 3,7 %	-----
D.FORMACIÓ	ANYS DIPLOMATURA	2 a. 6 a. 14 a. 17 a.	27,4 % 51,9 % 75,5 % 90,6 %	40 % 56 % 70 % 88 %	7,1 % 46,4 % 82,1 % 92,9 %	25 % 50 % 78,6 % 92,9 %	-----
	ANYS EXERCICI	2 a. 6 a. 14 a. 17 a.	27,4 % 52,8 % 78,3 % 93,5 %	38,8 % 57,5 % 75,5 % 87,8 %	10,3 % 44,8 % 79,3 % 96,6 %	25 % 53,6 % 82,5 % 92,9 %	-----
DADES SOCIO-LABORALS	ANTIGUITAT	0 - 5 a. 6-10 a. 11-15 a. 16-20 a.	52,8 % 18,9 % 17,9 % 8,5 %	53,1 % 16,3 % 14,3 % 6,1 %	51,7 % 24,2 % 17,2 % 6,9 %	53,6 % 17,8 % 25 % 4,6 %	-----
	ÀREA DE TREBALL	Hospitalitz. Ser. Especials C. Externa	61,7 % 35,5 % 2,8 %	60 % 36 % 4 %	48,3 % 48,3 % 3,4 %	78,6 % 21,5 % -----	-----
	TIPUS DE CONTRACTA	Indefinit Temporal Suplent	67,6 % 24,1 % 8,3 %	58,8 % 37,3 % 3,9 %	86,2 % 6,9 % 6,9 %	64,3 % 17,9 % 17,9 %	-----
	TORN TREBALL	Dia Nit Flexible	39,9 % 40,7 % 19,4 %	49 % 47,1 % 3,9 %	13,7 % 41,4 % 44,8 %	50 % 28,6 % 21,4 %	-----
	CAPS SETMANA	Sí No	92,6 % 7,4 %	94,1 % 5,9 %	82,8 % 17,2 %	100 % -----	-----
	CANVI TORN	Sí No	⁽¹⁾ 19,4 % 80,6 %	⁽²⁾ 11,8 % 88,2 %	⁽³⁾ 31 % 69 %	⁽⁴⁾ 21,4 % 78,6 %	-----
	CANVI UNITAT	Sí No	8,3 % 91,7 %	3,9 % 96,1 %	13,8 % 86,2 %	10,7 % 89,3 %	-----
	VAR. DE QUALITAT	NIVELL DE SATISFACCIÓ	107,5 (\bar{x})	113,2	116,7	109,8	110,1
	NIVELL D'ADHESIÓ	77,5	78,4	81,2	76,1	75,5	-----
	COMPROMÍS DIRECCIÓ	15	16,1	17,1	16,1	14,5	p<0,02
	GESTIÓ DE PROCESOS	15	15,4	15,5	15,9	14,9	-----
	EFICIÈNCIA ECONÒMICA	10	8,7	9,7	7,5	8,1	p<0,001
	SATISFACCIÓ DEL CLIENT	7,5	8,2	8,5	7,6	8,3	-----
	ACTIVITAT	10	12,2	11,7	12,8	12,4	p<0,05
	INFORMACIÓ	35	33,5	35,5	32,5	31,1	p<0,03
	(\bar{x}) Mitja Teòrica	(1) Nit 15,7 %	(2) Nit 7,8 %	(3) Nit 27,5 %	(4) Nit 17,8 %		

Figura 34 . Taula de Síntesi. Anàlisi descriptiu i inferencial en relació al personal d'infermeria

4.3.4. ANÀLISI QUALITATIU EN RELACIÓ A LES GERENCIES I DIRECCIONS D'INFERMERIA

4.3.4.1. RESULTATS DE LES ENTREVISTES ALS GERENTS DELS HOSPITALS ESTUDIATS

En la taula de síntesi següent queden exposats els resultats de les entrevistes realitzades, classificats en els següents apartats:

- Característiques generals de cada hospital
- Característiques de l'entorn
- Anàlisi de l'empresa
- Característiques de la gestió
- Procés d'implantació de la GQT en els hospitals 1 i 2
- Projectes de futur

4.3.4.1 RESULTATS DE LES ENTREVISTES ALS GERENTS DELS HOSPITALS ESTUDIATS

	HOSPITAL 1	HOSPITAL 2	HOSPITAL 3
VARIABLES			
TIPUS HOSPITAL	Comarcal	Comarcal	Comarcal
TITULARITAT	Fundació benefico-privada concertada	Fundació benefico-privada concertada	Fundació benefico-municipal concertada
NIVELL	A - B	A - B	A - B
SERVEIS MÈDICS	Especialitats mèdiques i quirúrgiques en general	Especialitats mèdiques i quirúrgiques generals (excepte pediatria)	Especialitats mèdiques i quirúrgiques generals
UNITATS BÀSIQUES	Consulta Externa - Hospitalització UCI - UCIA/S - Quiròfans - PADES	Consulta Externa - Hospitalització Crònics - UCIA/S - Quiròfan	Consulta Externa - Hospitalització Crònics - UCIA/S - Quiròfans Residència Geriàtrica
NOMBRE DE LLITS	140 (Aguts) , tendència a ↓	99 (79 aguts - 20 crònics), tendència a ↑	191 (111 aguts - 36 crònics - 44 residència)
PLANTILLA TOTAL	315	276	170
ESTRUCTURA FÍSICA	Antiga reformada	Antiga reformada - No operativa	Nova - Molta lluminositat
CARACTERÍSTIQUES GENERALS			
POBLACIÓ	Aprox. 90.000 hab., tendència a ↑	68.000 hab.	42.000 hab., tendència a ↓
ACTIV. ECONÒMICA DE LA COMARCA	Sector Terciari i Secundari	Sector Primari i Terciari	Sector Primari i Terciari
COMPETÈNCIA HOSPITALÀRIA	1 Hospital d'Aguts 1 Centre Socio-Sanitari	No competència propera	Competència forta a 70 Km.
ENTORN			

VARIABLES	HOSPITAL 1	HOSPITAL 2	HOSPITAL 3
ANTIGUETAT EN EL CÀRREC	6 anys	Aprox. 3 anys	Aprox. 2 anys
CULTURA DE L'EMPRESA	En procés de canvi, de creure que "som molt bons i ho fem molt bé" a "podem i volem millorar".	Personal amb orgull de pertinença Consciència d'alta qualitat assistencial	Llarga història de politització de l'hospital. Personal jove obert al futur.
ESTRUCTURA ORGANITZATIVA (Organigrama)	<p>President</p> <p>↓</p> <p>Gerència</p> <p>↑</p> <p>Direccions funcionals: Dir. Mèdica, Dir. Infermeria, Dir. Serv. Cent.</p> <p>↑</p> <p>Direccions de suport: Dir. RRHH, Dir. Administr.</p> <p>Les Direccions Funcionals tenen distribuïdes les unitats o departaments i tot el personal adscrit en una unitat depèn jeràrquicament d'una direcció funcional única (metges, infermeria, administració). Les Direccions de Suport no tenen personal adscrit.</p>	<p>President</p> <p>↓</p> <p>Gerència</p> <p>↑</p> <p>Direcció Mèdica — Caps Serv.</p> <p>↑</p> <p>Direcció Infermeria — Supervisió</p> <p>↑</p> <p>Direcció Administr. — S. Generals</p> <p>↑</p> <p>Personal Administr. — S. Generals</p>	<p>President</p> <p>↓</p> <p>Gerència</p> <p>↑</p> <p>Direcció Mèdica — Caps Serv.</p> <p>↑</p> <p>Direcció Infermeria — Supervisió</p> <p>↑</p> <p>Direcció Contabilitat Administr. — S. Generals</p> <p>↑</p> <p>S. Socials</p> <p>↑</p> <p>R. Laborals</p> <p>↑</p> <p>UAP</p> <p>↑</p> <p>S. Religios</p> <p>Els tècnics de lab., Rx i llevadores pertanyen a la Dir. Mèdica. La lenceria pertany a la Dir. Infermer..</p>

	VARIABLES	HOSPITAL 1	HOSPITAL 2	HOSPITAL 3
ANÀLISI DE L'EMPRESA	SITUACIÓ ACTUAL REMARCABLE	Fase de fusió amb hospitals de la competència.	Incertesa del personal davant la propera obertura d'un nou hospital.	Surt d'una forta crisi econòmica (fase de control del dèficit. El personal té por a la perduda del lloc de treball.
	PUNTS FORTS DE L'EMPRESA	Personal amb alt grau de motivació professional	Cultura organitzativa. Qualitat personal i professional dels treballadors.	La plantilla. Localització de l'hospital. Bona estructura.
	PUNTS A MILLORAR	Procesos clínics. Els costos d'obtenció de la qualitat.	Estructura de l'hospital. Augmentar la comunicació amb el personal i la informació al client.	Condicions laborals del personal. La productivitat assistencial.
CARACTERÍSTIQUES DE GESTIÓ	COMPROMÍS DE LA DIRECCIÓ	Filosofia definida, escrita i coneguda per tothom, es fonamenta en els principis de la Qualitat Total. "La Qualitat és fer bé les coses a la primera, de forma ràpida i eficient, i que sigui percebut per el client". Participació activa en la fixació i consecució d'objectius. Difusió interna i externa del projecte de qualitat.	Filosofia definida , escrita i s'està donant a conèixer, es fonamenta en els principis de la Qualitat Total. "La Qualitat és la millora de l'assistència a través de la metodologia de la millora continua". Participació activa en la planificació del projecte de qualitat.	Filosofia definida, no esta escrita, es fonamenta en la satisfacció del personal i la reducció de costos. "La Qualitat es dona quan el professional està content i format i el client està content i satisfet".
	ADHESIÓ DE LES PERSONES	Pressupost fix de Formació que augmenta segons salari. Es potencia la formació dedicada a l'atenció integral i Qualitat Total. Els canals de comunicació, són oral i escrit, potenciant el contacte directe amb el personal.	Pressupost fix de Formació que es duplica en els darrers 2 anys. Es potencia la formació en Qualitat Total. El canal de comunicació és a través de la línia jeràrquica.	Despeses de Formació segons demanda (s'ha augmentat en els darrers 2 anys). El canal de comunicació és a través de la línia jeràrquica de forma oral i escrita, i es facilita el contacte directe amb el personal.

	VARIABLES	HOSPITAL 1	HOSPITAL 2	HOSPITAL 3
CARACTERÍSTIQUES DE GESTIÓ	ADHESIÓ DE LES PERSONES	<p>Reconeixement detectant necessitats i facilitant formació.</p> <p>Creu que el personal està satisfet. Es realitzen diagnòstics de clima laboral per serveis i es posen mesures correctives.</p>	<p>Reconeixement a través de fomentar la participació i la formació.</p> <p>Creu que el personal està satisfet perquè si baixa la dotació no canvian actituds.</p>	<p>Reconeixement, facilitan dies de lleure i cursos de formació.</p> <p>Creu que el personal està satisfet perquè no hi han acomiadaments.</p>
GESTIÓ DELS PROCESOS I MILLORA CONTINUA	<p>Existeix una estructura operativa formada per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equip de consultors interns - Equips de millora interdisciplinars - Comissions de prevenció <p>Cada servei identifica els seus processos fonamentals i estableix plans de millora a través del cicle PDCA.</p>	<p>Existeixen les comissions estàndards, però actuan de forma independent.</p>	<p>Existeixen les comissions estàndards i les coordina el Director mèdic.</p>	
SATISFACCIÓ DEL CLIENT	<p>La participació del client és a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enquestes d'opinió a l'alta - Busties de suggeriments - Vies de reclamacions - Auditoria externa post-alta semestral. - Premsa local <p>L'opinió del client és important per detectar oportunitats de millora.</p> <p>Sempre es contestan per escrit les reclamacions després d'una valoració dels fets per part de les persones implicades.</p>	<p>La participació del client és a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enquestes d'opinió a l'alta - Busties de suggeriments - Vies de reclamacions - Auditoria externa post-alta anualment <p>L'opinió del client és important per detectar oportunitats de millora.</p> <p>Les reclamacions es contestan sempre per escrit.</p>	<p>La participació del client és a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enquestes d'opinió a l'alta - Busties de suggeriments - Vies de reclamacions - Premsa local <p>L'opinió del client és important per saber on estas.</p> <p>Les reclamacions habitualment es contestan per escrit.</p>	

CARAC. DE GESTIÓ	VARIABLES	HOSPITAL 1	HOSPITAL 2	HOSPITAL 3
IMPLANTACIÓ DE LA GQT	L'EFICIÈNCIA ECONÒMICA	<p>Finançament pel SCS, Mutuas i Privats.</p> <p>Existeix un sistema de control de costos per servei i es mouen en termes globals.</p> <p>Existeix una política de control i reducció de costos, monitoritzant els costos dels consums "estrella" i establint plans d'acció sobre les desviacions.</p>	<p>Finançament, el 95% pel SCS.</p> <p>Analítica de costos en desenvolupament.</p>	<p>Finançament per SCS, ICAS i mutuas d'accidents.</p> <p>Ha millorat el compte de resultats en els darrers 2 anys.</p> <p>Existeix un sistema de control de costos per centre de cost.</p>
	INICI	1990	1993	_____
	PERQUÈ LA GQT ?	Per donar un bon servei a un cost raonable, orientar-nos cap al client i ésser més competitius.	Perquè engloba diversos factors de la gestió (la Direcció participativa, la DPO) i té en compte la eficiència i la satisfacció del client.	_____
	SUPORTS D'INICI	Consultors externs	El Departament de Política de Qualitat de la regió nº 5 (Costa de Ponent) del ICS.	_____
	FASES DESENVOLUPADES	<p>Diagnòstic de qualitat.</p> <p>Sensibilització del equip directiu.</p> <p>Definició de missió.</p> <p>Formació del equip directiu..</p> <p>Sensibilitza. i formació a l'organització.</p> <p>Definició de la política de qualitat.</p> <p>Creació de la estructura operativa.</p> <p>Posta en marxa de projectes de millora continua (ex: informació clients).</p>	<p>Definició de la missió pel comitè directiu.</p> <p>Sensibilització i formació a la organització.</p> <p>Consensuar la missió.</p> <p>Establiment d'objectius.</p>	_____

	VARIABLES	HOSPITAL 1	HOSPITAL 2	HOSPITAL 3
IMPLANTACIÓ DE LA GQT	PROBLEMES D'INICI	Resistència al canvi. Plantejament erroni, treballant programes en comptes de solucionar problemes	Resistència al canvi. S'esperan a partir d'ara.	_____
	PROBLEMES ACTUALS	Agilitat dels cicles de millora. Falta d'una persona impulsora i formada. La continuïtat en el temps (vacances, ...) Disponibilitat de temps dels professionals implicats.	_____	_____
	QUE SERIA DIFERENT SI NO HAGUES IMPLANTAT LA GQT	Augment de les pèrdues econòmiques. Hospital poc motivat. Població descontenta.	Menys comunicació i informació.	_____
	GRAU D'IMPLANTACIÓ ACTUAL	Hi ha compromís ferm per part de la direcció. Procés de formació continua en qualitat. Existeixen diversos projectes de millora en funcionament. Els clients perceben el canvi. S'obtenen resultats en els projectes inicials. La cultura de la millora continua s'està impregnant en l'organització.	Fase de desenvolupament del compromís de la direcció. Procés inicial de formació en qualitat.	_____

	VARIABLES	HOSPITAL 1	HOSPITAL 2	HOSPITAL 3
PROJECTES DE FUTUR	A NIVELL GENERAL	<p>Portar a terme la fusió d'hospitals prevista. Aportar a la fusió el model de GQT. Aprofundir en la reducció de costos d'obtenció de la qualitat. Segmentar la clientela i conèixer les seves expectatives. Que cada servei estableixi la seva pròpia política de qualitat.</p>	<p>Obertura del nou hospital per millorar la infraestructura i optimitzar els RRHH. Implementar la GQT.</p>	<p>Normalitzar la situació de l'hospital. Informatitzar l'hospital en 2 anys. Integrar les especialitats de l'ambulatori a l'hospital. A llarg termini construcció de la residència d'avis.</p>

4.3.4.2. RESULTATS DE LES ENTREVISTES A LES DIRECTORES D'INFERMERIA DELS HOSPITALS ESTUDIATS

En la taula de síntesi següent queden exposats els resultats extrets de les entrevistes realitzades, classificats en els següents apartats:

- Anàlisi de la divisió d'infermeria
- Característiques de gestió
- Implantació de la GQT en els hospitals 1 i 2

4.3.4.2 RESULTATS DE LES ENTREVISTES A LES DIRECTORES D'INFERMERIA DELS HOSPITALS ESTUDIATS

VARIABLES	HOSPITAL 1	HOSPITAL 2	HOSPITAL 3
ANTIGUETAT EN EL CÀRREC	7 anys	4 anys	1,5 anys
ESTRUCTURA ORGANITZATIVA (Organigrama)	<p>Directora Infermeria</p> <ul style="list-style-type: none"> — Adjunta — — UFIS <li style="margin-left: 100px;">— PADES <li style="margin-left: 100px;">— Docència — Superv. UCI — S. Hospitalització — S. Quiròfan — S. Consultes Externes — S. Fisioteràpia 	<p>Directora Infermeria</p> <ul style="list-style-type: none"> — Comissió Docència (staff) — Superv. Quiròfan — S. Consultes Externes — S. UCIA — S. Hospitalització — S. Laboratori — S. Rx 	<p>Directora Infermeria</p> <ul style="list-style-type: none"> — Comissió Docència (staff) — Superv. C. Externes — S. Quiròfan — S. UCIA — S. Hospitalització — S. Crònics
RECURSOS HUMANS	<p>Plantilla:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 80 infermeres - 60 auxiliars - 14 portalliteres - 3 administratius - fisioterapeutes i llevadores <p>Els <u>ratios</u> són adequats però augmentaria 1 portalliteres i personal de quiròfan.</p> <p>La mitjà d'edat es entre 30 i 40 anys.</p> <p>Bon clima de treball però hi ha una certa desmotivació degut a l'horari.</p> <p>Els comandaments han estat escollits per promoció interna. Formació posterior al càrrec.</p>	<p>Plantilla:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 60 infermeres - 50 auxiliars - 40 tècnics, portalliteres i administr. <p>Els <u>ratios</u> són alts degut a que les unitats són petites.</p> <p>La mitjà d'edat és de 30 anys.</p> <p>La motivació a baixat darrerament.</p> <p>El personal es preocupa per mantenir uns mínims de qualitat.</p> <p>Qualitat humana bona.</p> <p>Comandaments escollits en promoció interna. Poca formació en gestió. Comparteixen funcions assistencials i de gestió.</p>	<p>Plantilla:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 35 infermeres - 51 auxiliars i portalliteres <p>Els <u>ratios</u> són adequats, de vegades es precisen reforços puntuals.</p> <p>La mitjà d'edat és de 35 anys.</p> <p>La motivació és bona perquè l'index d'absentisme és baix.</p> <p>Comandaments escollits per confiança. Formació posterior al càrrec. No experiència anterior en gestió.</p>

	VARIABLES	HOSPITAL 1	HOSPITAL 2	HOSPITAL 3
A. D'ENT	RECURSOS MATERIALS	Bona adequació del material d'un sol ús. Manca d'utilitatge.	Existeixen moltes limitacions.	Adequació justa. Manca més material de reposició, que de compra.
CARACTERÍSTIQUES DE GESTIÓ	COMPROMÍS DE LA DIRECCIÓ	La filosofia de la divisió queda integrada en la filosofia general del hospital. L'atenció d'infermeria és cuidar-se dels malats i familiars.	Existeix una filosofia de la divisió. L'atenció d'infermeria, s'entén com donar una atenció integral. S'han de potenciar les funcions pròpies.	L'atenció d'infermeria s'entén com una atenció integral.
	ADHESIÓ DE LES PERSONES	La formació va dirigida tant a grups de treball, com individual, com a tot el col·lectiu. Està pensada bàsicament en canviar actituds. Es facilita en funció de les necessitats del servei. Existeix un pressupost de formació que sempre es supera. Comunicació a nivell escrit, oral i en reunions sistemàtiques per serveis i toms. Fàcil accés a la direcció d'infermeria. Existeix un reconeixement a nivell personal (oral i escrit) i a nivell de formació. Creu que el personal està satisfet en general, però hi ha una gran insatisfacció en l'horari i poca possibilitat de promoció.	La formació va dirigida fonamentalment a tot el col·lectiu. Està pensada bàsicament en aportar coneixements generals, específics i canviar actituds. Es facilita en funció de les necessitats del servei. Existeix un pressupost de formació que ha augmentat. Comunicació a nivell escrit i fàcil accés a la direcció d'infermeria. Existeix un reconeixement formatiu. Creu que el personal està satisfet però preocupat pel canvi d'hospital.	La formació va dirigida al col·lectiu i individualment. Està pensada en aportar coneixements tècnics específics. Es facilita en funció de les necessitats del servei. Existeix un pressupost de formació que ha augmentat. Comunicació a nivell escrit i fàcil accés a la direcció d'infermeria. Reconeixement per actitud, en concessió de festius i formació. Creu que el personal està satisfet, perquè la gent demostra col·laboració i fa pocs absentismes.

VARIABLES	HOSPITAL 1	HOSPITAL 2	HOSPITAL 3
<p>ELS PROCESOS I LA MILLORA CONTINUA</p>	<p>La metodologia de treball a les unitats es basa, tant en la distribució de malalts per nombre com per tasques. Els objectius es plantegen per reunions mensuals i són molt concrets, creant, si cal, equips de millora. No tenen indicadors de qualitat.</p>	<p>La metodologia de treball a les unitats és per nombre de malalts. Cada unitat planteja els seus problemes i algun objectiu i, des de, la direcció es difonen els objectius generals. No hi ha una rigidesa en l'avaluació.</p>	<p>La metodologia de treball a les unitats es basa en distribuir els malalts per nombre. Els objectius es plantegen per reunions i cada servei es reuneix per avaluar-los.</p>
<p>SATISFACCIÓ DEL CLIENT</p>	<p>L'atenció que rep el client és controlada per la supervisora a l'ingrés i a l'alta. És important l'opinió del client respecte l'atenció. Rebem agraïments de tracte i d'informació.</p>	<p>L'atenció que rep el client és controlada per la supervisora, pel propi personal i per enquestes als clients. És important l'opinió del client respecte l'atenció. Rebem agraïments pel tracte humà i habitualment aquests es comuniquen al personal. Les reclamacions es tracten a nivell individual.</p>	<p>L'atenció que rep el client és controlada per la supervisora. És important l'opinió del client respecte a l'atenció. Rebem agraïments pel tracte humà i habitualment aquests es comuniquen al personal. Les reclamacions es tracten a nivell individual.</p>
<p>L'EFICIÈNCIA ECONÒMICA</p>	<p>Optimització de <u>recursos materials</u>: Presa de consciència de la política de control de l'hospital. Optimització de <u>recursos humans</u>: S'intenta no mobilitzar el personal del seu servei. Bona cobertura de suplències.</p>	<p>Optimització de <u>recursos humans</u>: Poca mobilització de les infermeres. Les auxiliars són més polivalents.</p>	<p>Optimització de <u>recursos materials</u>: Stocks per unitats. Presa de consciència del cost dels materials. Optimització de <u>recursos humans</u>: Més mobilització del personal auxiliar que les infermeres.</p>

CARACTERÍSTIQUES DE GESTIÓ

VARIABLES	HOSPITAL 1	HOSPITAL 2	HOSPITAL 3
INICI	1991	1993	_____
SUPORTS D'INICI	Consultoria externa. Gerència.	Consultoria externa. Comissió de docència.	_____
DIFICULTATS D'INICI	Desconfiança del personal. Inexperiència pròpia. Resistència al canvi.	Resistència al canvi. Por a crear expectatives que no es puguin assolir.	_____
SITUACIÓ ACTUAL	El personal que depèn de la divisió d'infermeria participa en projectes de millora de la Qualitat, malgrat que el procés d'implantació es troba a l'expectativa de la imminent fusió. Incertesa de futur.	Procés de formació dels comandaments i el personal en general.	_____

IMPLANTACIÓ DE LA GOT

5 . CONCLUSIONS DE LA RECERCA

Si retornem a la nostra hipòtesi general de la recerca per tal de poder-la verificar o no, aquesta ens diu que: **"El model de Gestió de Qualitat Total aplicat a la infermeria millora la satisfacció del client, del personal i els resultats econòmics"**.

A continuació, analitzarem aquests factors per tal de poder-ne treure conclusions:

5.1. EN RELACIÓ A LA SATISFACCIÓ DEL CLIENT:

Les variables de satisfacció que hem avaluat en la nostra recerca fan referència a la part més extrínseca i intangible de la qualitat (tracte, personalització, informació, participació...) i podem concloure que:

1. Els clients hospitalitzats de la població estudiada se senten satisfets; tant les direccions com el personal d'infermeria perceben aquesta satisfacció.

2. En tots tres hospitals, les direccions es preocupen per la opinió dels clients.

Els tres compten amb recursos com són enquestes d'opinió, bústies de suggeriments i sistema de reclamacions.

Les enquestes d'opinió no arriben, però, com fora desitjable a tots els clients, ja que en un percentatge elevat aquests ens han contestat que no rebien cap enquesta d'opinió. Tot i això, el que en rep més, no essent significatiu, és l'hospital 1 seguit de l'hospital 3 i després de l'hospital 2; en la nostra opinió, això pot ser degut probablement al disseny de les enquestes, al circuit d'entrega i recollida i/o qualsevol altre alteració en el procés.

3. Existeix una clara diferència en la informació que els clients reben envers el funcionament de l'hospital, essent l'hospital 1 qui més informació dona seguit de l'hospital 3 i després de l'hospital 2.

Això pot explicar-se si tenim en compte que un dels projectes de millora més desenvolupat per l'hospital 1, el qual treball en GQT, és la informació al client i que l'hospital 2 encara te un llarg camí en aquest sentit.

4. La totalitat dels clients enquestats opinen que reben una atenció d'infermeria personalitzada, és a dir, que el personal d'infermeria s'els dirigeix pel seu nom, la qual cosa manifesten que els hi agrada. Nosaltres creiem que un factor que potència aquest tipus d'atenció és que es tracta d'una població comarcal on el personal i els clients habitualment es coneixen.

5. Existeix, en canvi, una diferència significativa en el tracte que reben els clients per part del personal d'infermeria; tots ells opinen que aquest és entre "correcte" i "molt bo", però l'hospital 1 es situa clarament

com el que dóna un millor tracte, seguit de l'hospital 2 i després de l'hospital 3 que es situa entre correcte i bo. Observant el nivell de formació que rep el personal d'infermeria en cadascun d'aquests hospitals, podem argumentar que probablement aquestes diferències es sustentin en els esforços dedicats per les direccions en l'apartat de formació doncs encara que tots tres hospitals disposen de un pressupost dedicat a formació, en l'hospital 1 aquesta va dirigida principalment al canvi d'actituds, i en l'hospital 2, com estan iniciant un programa de formació en qualitat, els esforços es dirigeixen també cap el canvi d'actituds. Així doncs, creiem que el tipus de formació influeix en augmentar el nivell de qualitat en el tracte que ofereix el personal d'infermeria als clients hospitalitzats.

6. A nivell general, només la meitat dels clients de la població estudiada coneixen qui és la infermera responsable de la seva atenció i, encara que no és significatiu estadísticament, sí que podem observar una lleugera tendència més positiva en l'hospital 1, i també a nivell general en el torn de matí en relació al torn de tarda i nit.

Aquest fenomen pensem que pot tenir diverses explicacions, algunes d'elles argumentades pels propis clients, com són els pocs dies d'estada (característica de la població estudiada) o bé el canvi sovint del personal d'infermeria (festius, rotatorietat, ...) i d'altres com que en el torn de matí les activitats d'infermeria solen ser més directes al client (passi de visita, cures, higiènes, ...).

Arribat aquest punt i fent referència a les necessitats i expectatives dels clients, pensem que aquests en el seu procés d'hospitalització expressen unes expectatives que fan referència a experiències prèvies viscudes o explicades i on el coneixement del nom de la infermera que l'atén no ho sent com una expectativa.

Ara bé, nosaltres creiem que per aconseguir treballar amb atenció integral els nostres clients han de poder identificar clarament i percebre qui es la infermera responsable de la seva atenció en cada torn d'infermeria, independentment de les característiques pròpies dels seus horaris, i també creiem que aquesta és una necessitat latent que té el client, la qual no arriba a ésser expressada perquè no se li crea una expectativa amb respecte a aquesta necessitat.

7. La majoria de clients de la mostra estudiada recomanaria l'hospital; malgrat que no existeixen diferències significatives estadísticament entre els tres hospitals, i que la mostra de l'hospital 1 és molt petita, si que pot valorar-se una lleugera diferència entre el que opinen els clients de l'hospital 1 i els de l'hospital 3, essent els primers d'un 100% els qui recomanarien l'hospital i els segons d'un 68,4%.

Concluïm que probablement la GQT intervé en la millora de la satisfacció del client ja que trobem aspectes en els que l'hospital 1 es veu clarament destacat.

Cal tenir en compte que cada població té unes necessitats que tindran resposta en funció de les expectatives que li crea la seva àrea d'influència i, per aquest motiu, la totalitat de la població estudiada se sent satisfeta.

Creiem també que els resultats del treball en GQT són a llarg termini i que tant l'hospital 1 com l'hospital 2 estan encara iniciant un camí, i és positiu que els gerents a més de mostrar interès per saber que opinen els seus clients, es plantegin objectius enfocats a conèixer millor les necessitats i expectatives dels mateixos, per tal d'encaminar els seus esforços en la millora de la qualitat.

També volem ressaltar el paper de la infermera en tot aquest procés, ja que ella és la que està en contacte directe amb el client i pot conèixer i valorar més d'aprop la seva satisfacció.

5.2. EN RELACIÓ A LA SATISFACCIÓ DEL PERSONAL D'INFERMERIA

Partint de la hipòtesi general podem concloure que:

1. El nivell de satisfacció que tenen les infermeres de la població estudiada es similar, situant-se en un grau mig-alt, tenint en compte que les característiques generals d'aquestes (edat, formació i aspectes soci-laborals) són pràcticament les mateixes en els tres hospitals.

Tant els gerents com les directores d'infermeria coincideixen en que a nivell general, el seu personal està satisfet en el lloc de treball, encara que els criteris que utilitzen per argumentar aquesta satisfacció són molt diferents.

2. El grau d'informació si presenta significància estadísticament, estant l'hospital 1 per sobre de la mitjana seguit de l'hospital 2 i després l'hospital 3; probablement això es fa manifest degut a que l'hospital 1 ha desenvolupat un sistema d'informació-comunicació de la seva política (missió, objectius, ...) entre d'altres que el diferencien de la resta.

3. El nivell d'adhesió que tenen les infermeres amb la política de gestió, no dona diferències significatives en l'anàlisi ONEWAY encara que sí es detecta un lleuger increment a l'hospital 1, seguit del 2 i després del 3.

Ara bé, de l'estudi de correlacions extraiem que les infermeres que tenen més alt nivell d'adhesió també tenen més alt nivell de satisfacció i podem concloure que tal i com argumenta el model de gestió de qualitat total, si les direccions assumissin un estil de lideratge facilitador i de suport i potenciessin la informació, comunicació, formació

ben dirigida, participació i el reconeixement dels esforços, el personal d'infermeria milloraria la seva satisfacció.

4. El compromís de la direcció vist per les infermeres es més elevat a l'hospital 1, seguit de l'hospital 2 i després de l'hospital 3, i dels ítems d'aquesta variable extraiem que el compromís es manifesta pel comportament dels comandaments envers la millora de l'assistència i per l'elaboració i comunicació dels principis i objectius generals a tota la organització.

També podem observar a les entrevistes que tant a l'hospital 1 com al 2, la filosofia o missió de l'empresa està per escrit, s'ha donat a conèixer i es fonamenta en els principis de la qualitat total; en canvi, a l'hospital 3 també existeix però no està per escrit ni s'ha difós a l'organització.

Una altra característica que els diferencia es que a l'hospital 1 la direcció participa activament en la fixació i consecució d'objectius de qualitat, a l'hospital 2 la direcció és la que planifica el projecte de qualitat i a l'hospital 3 la qualitat es controla a través de les comissions clíniques.

Cal ressaltar que a l'hospital 3 l'antiguitat del càrrec del gerent i la directora d'infermeria es més recent en relació als altres dos hospitals, i això pot influir en que el personal no percebi encara les línies d'acció.

5. El personal dels tres hospitals opinen que la seva actitud envers el treball en equip, la participació i la col·laboració és positiva, encara que existeix una diferència significativa on es destaca l'hospital 2 enfront l'hospital

3 i 1; això pot explicar-se si considerem que l'hospital 2 està iniciant un procés de canvi, on superada la fase de resistència, el personal mostra una bona predisposició als factors abans esmentats. En canvi, a l'hospital 1 la fase d'innovació ha estat consolidada i les expectatives enfront el canvi s'han modificat.

6. També observem que, com diu la teoria de Herzberg, l'hospital 3 potencia més els factors higiènics per tal de reduir deficiències i no augmentar la insatisfacció, i l'hospital 1 i 2 potencien més els factors motivadors (de creixement i desenvolupament) per augmentar la satisfacció.

Concluïm que probablement la GQT intervingui en la millora de la satisfacció del personal, ja que a l'hospital 1 alguns dels aspectes (informació i compromís de la direcció) es veuen clarament destacats.

La GQT, en un intent d'apropar-se a la investigació de Herzberg, té en compte el cuidar molt els factors higiènics per que no es desequilibrin i potenciar els factors motivadors, alhora que promou un model de gestió de recursos humans que es fonamenta en la participació, la informació comunicació, la formació i el reconeixement del personal.

5.3. EN RELACIÓ ALS RESULTATS ECONÒMICS.

Les variables avaluades en la nostra recerca fan referència a la política de control i reducció de costos d'obtenció de la qualitat, i dels resultats obtinguts podem concloure que:

1. L'eficiència econòmica és, en termes de resultats, el que més interessa als gerents enquestats, i això no és per sorprendre perquè un hospital és una empresa sanitària que, independentment del tipus de finançament, ha de perseguir la rendabilitat.

2. Els tres hospitals estan interessats en poder desenvolupar un sistema de comptabilitat analítica per tal d'obtenir més informació sobre els diferents serveis o centres de cost.

3. Els tres hospitals porten a terme una política de control i reducció de costos de la qual podem concloure que existeix una gran diferència entre l'hospital 1 i el 3:

-L'hospital 1 a nivell de recursos materials ha iniciat una sensibilització del personal enfront del control de costos (la qual cosa queda clarament reflectida en els resultats de la variable "eficiència econòmica" de l'opinió del personal) i s'han monitoritzat els costos dels consums principals per tal de comprovar desviacions i establir plans d'acció.

El gerent d'aquest hospital té previst com a projecte de futur aprofundir en l'estudi dels costos d'obtenció de la qualitat, doncs alguna experiència portada a terme li ha corroborat que si els disminueix obté més benefici.

A nivell de recursos humans d'infermeria, la seva direcció opina que existeix una bona cobertura de suplències i que

s'intenta mobilitzar poc al personal.

- L'hospital 3 ha fet un gran esforç en els darrers dos anys per sortir de la crisi i ha establert un sistema de control per centres de cost i una política de sensibilització del personal en quant al control de costos, la qual cosa queda reflectida igual que a l'hospital 1 amb els resultats de la variable "eficiència econòmica" de l'opinió del personal; així com també una política de reducció de despeses a nivell de la gestió de recursos humans que es basa en intentar que el personal tingui una flexibilitat horària per a que s'adapti a l'activitat i en contenir les despeses per cobertures de baixes i absentismes.

Podem concloure que l'obtenció de resultats econòmics satisfactoris en els tres hospitals es centra en el control i reducció de despeses, amb una tendència per part de l'hospital 1 de millorar la qualitat reduint els costos d'obtenció d'aquesta.

En qualsevol cas, no ens trobem prou documentades per confirmar aquesta part de la hipòtesi; pensem que l'estudi de l'eficiència econòmica en quant a la seva relació amb el model de GQT requereix d'una recerca molt més profunda i estudiant resultats a llarg termini.

6 . LÍMITS DE LA RECERCA

A - LIMITS A NIVELL GENERAL

- La nostre experiència en el camp de l'investigació ens ha dificultat el poder dur a terme aspectes propis del desenvolupament del treball de recerca amb l'agilitat i seguretat dels qui ja coneixen aquest camí.
- Els escasos hospitals que treballen en GQT ens han limitat les possibles opcions d'estudis per la nostra recerca.

B- LIMITS EN LA RECERCA BIBLIOGRAFICA

- Hem tingut una dificultat en la consulta bibliogràfica estrangera, tant per l'idioma com per el difícil accés per obtenir-la.
- En l'àmbit de la infermeria no existeix molta bibliografia en referencia al model de GQT,.

C - LIMITS DE TEMPS

- Voldriem haver pogut dedicar mes temps per ampliar el nostre marc teòric amb altres experiències de GQT en infermeria.
- Disponibilitat de tems limitada per poder realitzar la recollida de dades de les infermeres dels torns de nit personalment.

- Ens haguèss agraolat poder aprofundir més en l'exploalació de dades de l'anàlisi inferencial.

D - LIMITS ECONÒMICS

- En els estudis de recerca s'aconsella que les entrevistes als clients es realitzin després d'un temps de l'alta hospitalària; no hem pogut plantejar-nos-en aquesta situació, ja que això ens suposava un cost econòmic massa elevat.
- El fet d'obtenir la mostra de clients de l'hospital 1 per via telefònica ens ha suposat una limitació important a nivell econòmic, limitant-nos a una mostra mínima de clients.

7 . PROPOSTES I NOVES LINIES D'INVESTIGACIÓ

7.1. PROPOSTES D'ACTUACIÓ

Actualment la gestió d'infermeria té un gran repte ja que d'ella s'espera que oferixi la màxima qualitat assistencial optimitzant els recursos disponibles. Concluida la nostra recerca creiem que el model de gestió de Qualitat Total aplicat a la infermeria pot ajudar a les direccions a assolir amb bons resultats aquests objectius.

La implantació de la GQT és un procés llarg que requereix invertir temps i diners per aconseguir un canvi cultural en l'organització, obtenint molt dels resultats a llarg termini. Creiem que el futur de la gestió d'infermeria va encaminada a motivar i donar suport als professionals, que són els qui estan en contacte directe amb els clients, perquè puguin realitzar la seva tasca el millor possible de forma eficient mitjançant:

- El compromís ferm de la direcció tant d'infermeria com de la resta de l'equip de direcció general.
- La formació dels comandaments cap a un nou estil de lideratge.
- La informació, potenciam els canals de comunicació envers la direcció, els professionals i els clients.
- La participació dels professionals envers els objectius i

- la resolució de problemes mitjançant els grups de millora.
- La formació dirigida principalment al canvi d'actituds.
 - El reconeixement als professionals per la tasca ben feta.

7.2 LÍNIES D'INVESTIGACIÓ

Dins del marc de la GQT creiem que noves recerques que ens ajudarien a fonamentar aquest model podrien ser les següents:

- Investigar si la satisfacció del client augmenta quan millorem la qualitat tant intrínseca com extrínseca de les cures d'infermeria.
- Investigar quines són les expectatives dels clients en relació a les cures d'infermeria.
- Fer un estudi comparatiu de la relació qualitat/resultats econòmics, entre dos o més centres que tinguin diferents models de gestió.

8. BIBLIOGRAFIA

8.1. BIBLIOGRAFIA EMPRADA

BERNILLON,A.-CERUTTI,O.: (1989) Implantar y gestionar la calidad total. Ed.Gestión 2000 S.A.. Barcelona

BLANCO,A.-SENLE,A.: (1988) Desarrollo de directivos y calidad total en la organización. Ed.ESIC. Madrid

CALAFELL,M-COMELLAS,M: (1993) Notes del Seminari "Gestió de Qualitat Total: La seva aplicació en infermeria", a càrrec de la Dra.P.Haynor

CALAFELL,M.: (1994) Notes del mòdul de "disseny, seguiment i avaluació dels programes de formació".(MAGI), a càrrec del Prof. J.Gairin

CLUB DE GESTIÓN DE CALIDAD: (1992) "La competitividad de las empresas y la Calidad Total". Tomo I. Madrid

COMELLAS,M.: (1992) Notes del curs "Política de qualitat en l'atenció d'infermeria", a càrrec de Pilar Pérez. Barcelona

COMELLAS,M.: (1993) Notes del curs "Gestió Hospitalària", a càrrec del Dr.LL.Triquell. Barcelona

COMELLAS,M.: (1994) Notes del mòdul de "Control de Qualitat" (MAGI), a càrrec de Carme Sans

CROSBY,P.B.: (1989) La calidad no cuesta.El arte de cerciorarse de la calidad. CECSA. México

DEWING, W.E.: (1989) Calidad, Productividad y Competitividad. La salida de la crisis. Ed. Diaz de Santos S.A.. Madrid

DONABEDIAN, A.: (1984) La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Ed. Científicas. La Prensa Médica Mexicana S.A.. México

DOUCHY, J.M.: (1988) Hacia el "cero defectos" en la empresa. Price Waterhouse. Madrid

EIGLER, P. Y LANGEARD, E.: (1989) Servucción. Ed. McGraw-Hill. Madrid

FEIGENBAUM, A.V.: (1963) Control Total de la Calidad. Cia. Editorial Continental S.A.. México

GARVIN, D.A.: (1988) Managing Quality. The strategic and competitive edge. Ed. The free Press. New York

HAASE, E.: (1992) "Liderazgo y gestión de calidad", Excelencia. Club de gestión de la calidad, nº 3. Madrid

HEATHER PALMER, R.: (1989) "Garantizar la calidad de la atención primaria de la salud". Atención Primaria, vol.6, nº 4. Barcelona

ISHIKAWA, K.: (1986) ¿Qué es el control total de la calidad? La modalidad japonesa. Ed. Norma. Colombia

ISHIKAWA, K.: (1983) El control de calidad en Japón. Ed. APD. Madrid

JACQUERYE, A.: (1983) Guide de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers. Le Centurion. Paris

JOINT COMMISSION: (1991) "Control de calidad asistencial".
Vol.6, nº 3

JURAN, J.M.: (1990) Juran y el liderazgo para la calidad. Ed.
Diaz de Santos, S.A.. Madrid

KAST,E.-ROSENZWEIG,J.E.: (1992) Administración en las
organizaciones. McGraw-Hill. México

KAHN,J.: (1990) Gestión de calidad en los centros sanitarios.
SG Editores S.A.. Barcelona

LOPREST,J.-WHETSTONE,W.R.: (1993) "Total Quality Management:
Doing Things Right". Nursing Management, Vol. 24 (1)

MARDARÁS,E.: (1990) Psicoprofilaxis quirúrgica. Ed. Rol.
Barcelona

VARÓ,J.: (1994) Gestión estratégica de la calidad en los
servicios sanitarios. Ed.Diaz de Santos. Madrid

8.2. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALBESA,A.-MONTOLIU,A.: (1992) Seguridad e higiene y calidad total. ENHER S.A. Gráficas Salas. Barcelona

CAMPANELLA,J.: (1992) Principios de los costes de la calidad. Ed. Diaz de Santos S.A.. Madrid

CUESTA,A.-MOREU,J.A.-GUTIERREZ,R.: (1986) La calidad de la asistencia hospitalaria. Ed.Doyma S.A. Barcelona

GAUCHER,E.J.-COFFEY,R.J.: (1993) Total Quality in Health Care. From theory to practice Ed. Jossey-Boss. San Francisco

GUTIERREZ,M.: (1989) Administrar para la calidad. Ed. Limusa. México

HERMEL,P: (1990) La Gestión Participativa (Management participativo) Ed.Gestión 2000 S.A.. Barcelona

ISHIKAWA,K.: (1984) Práctica de los círculos de control de calidad. Ed. Price Waterhouse. Madrid

KARATSU, H.: (1992) Control de Calidad Total: La sabiduría japonesa. Ed.Gestión 2000 S.A.. Barcelona

LABOUCHEIX,V: (1990) Tratado de la calidad total. Ciencias de la dirección. Madrid

POLA MASEDA,A.: (1988) Gestión de la calidad. Ed.Marcombo Boixareu. Barcelona

SHAW, J.C.: (1991) Gestión de servicios. Ed. Diaz de Santos S.A.. Madrid

UDAONDO, M.: (1992) Gestión de Calidad. Ed. Diaz de Santos, S.A.. Madrid

VUORI, H.V.: (1988) El control de la calidad en los servicios sanitarios. Ed. Masson S.A.. Barcelona