



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

“Ambiente grupal de trabajo y calidad institucional en organizaciones sanitarias: un abordaje metodológico aplicado al estudio del servicio de urgencias”.

TESIS DOCTORAL

Dirigida por:

Dr. Salvador Chacón Moscoso

y

Dra. Susana Sanduvete Chaves

Presentada por:

José Antonio Lozano Lozano

Sevilla, 2016

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

Ambiente grupal de trabajo y calidad institucional en organizaciones sanitarias: un abordaje metodológico aplicado al estudio del servicio de urgencias¹

TESIS DOCTORAL

José Antonio Lozano Lozano

Directores:

Dr. Salvador Chacón Moscoso y Dra. Susana Sanduvete Chaves

¹La realización de este trabajo ha sido posible gracias a la participación como miembro investigador del grupo oficial del Plan Andaluz de Investigaciones de la Junta de Andalucía Innovaciones *Metodológicas en Evaluación de Programas* (HUM-649) en los siguientes proyectos de investigación:

- *Programa de Garantías de Calidad en el Servicio de Urgencias del Campo de Gibraltar.* Proyecto financiado por BoehringerIngelheim, España. Importe: 6.000 €.
- *Calidad metodológica en evaluación de programas de formación. Interrelaciones entre estructura del diseño, análisis causal y medida.* Proyecto de I+D+I del Ministerio de Ciencia e Innovación (referencia: PSI2011-29587). Importe: 24.200 €.
- *Calidad metodológica y eficacia desde la evidencia.* Proyecto financiado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico -FONDECYT- de Chile (referencia nº 1150096). Participación: personal investigador. Importe: 193.468.000 \$ (pesos chilenos, equivalente a unos 290.202 €). Importe: 193.468.000 \$ (pesos chilenos, equivalente a unos 290.202 €).
- *Avances metodológicos y tecnológicos en el estudio observacional del comportamiento deportivo.* Proyecto Financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad Acciones de dinamización Redes de Excelencia 2015. (Referencia: PSI2015-71947-REDT). Importe: 30.000 €.



Departamento de
Psicología Experimental

Salvador Chacón Moscoso, Profesor Titular del Departamento de Psicología Experimental, acreditado a Catedrático de Universidad (Resolución ANECA 23/04/2014) y **Susana Sanduvete Chaves**, Profesora Contratada Doctora, acreditada a Titular de Universidad (Resolución ANECA 08/07/2014).

CERTIFICAN: Que el trabajo titulado *Ambiente grupal de trabajo y calidad institucional en organizaciones sanitarias: un abordaje metodológico aplicado al estudio del servicio de urgencias* realizado por D. José Antonio Lozano Lozano bajo nuestra dirección reúne las condiciones necesarias para ser presentado como Tesis Doctoral.

Sevilla, a 12 de septiembre de 2016

Salvador Chacón Moscoso

Susana Sanduvete Chaves

Al Profesor Dr. José Antonio Pérez Gil (†)

AGRADECIMIENTOS

En estos momentos tan importantes para mí, me gustaría hacer algunas menciones y agradecer a todas las personas que han estado directa e indirectamente acompañándome en todo el proceso:

A compañeros de Grupo de Investigación *HUM-649 "Innovaciones Metodológicas en Evaluación de Programas"*, por todo el aprendizaje recibido tanto humano como profesional.

A mis directores de Tesis Doctoral, El Dr. Salvador Chacón Moscoso y la Dra. Susana Sanduvete Chaves, por haber confiado en mí permitiéndome realizar este trabajo de investigación bajo su tutela. Por su ánimo, su dirección, su confianza, su afecto y dedicación, y en muchos casos por su inmensurable paciencia. Soy consciente de que sin ellos, este trabajo jamás hubiera sido posible y por ello estaré eternamente agradecido.

Al Dr. José Antonio Pérez Gil, donde comenzó a fraguar esta idea inicial, por sus aportaciones, dedicación y apoyo incondicional hasta el último de sus días de vida.

Al Dr. Francisco Pablo Holgado Tello, por su preocupación y ayuda desinteresada en momentos claves del presente trabajo.

A los profesores Dr. Ildelfonso Marqués Perales y Dr. Manuel Caro, por su tiempo, por sus aportaciones, por su ánimo, por estar dispuestos a ayudarme en todo momento.

A cada uno de los componentes del grupo investigación "*SEJ498: Análisis de las Estructuras de interactividad e intercomunicación Social*". Gracias a los seminarios de formación que me han permitido redescubrir la Sociología.

Al personal del Departamento de Sociología de la Universidad de Sevilla, por sus ánimos, ideas e interés por el trabajo realizado que en muchos casos me ha servido para seguir trabajando.

A la Dra. M^a Isabel Barbero García, por su preocupación en todo momento del proceso de este trabajo, y por haber sido clave en los momentos de cambio de rumbo profesional.

A la Dra. María Teresa Anguera Argilaga, por su ayuda y asesoramiento, que han hecho que trate de buscar soluciones a problemas técnicos encontrados en este trabajo.

A mis compañeros de la UNED (Centro Asociado de Sevilla): Dr. Manuel Pulido Matos, Dr. Joaquín Alcaide Fernández, Dr. Víctor Muñoz Sánchez, Dr. Antonio Manuel Pérez Flores, y Dña. Cristina Granados García, por sus ánimos y preocupación.

A mis alumnos y alumnas universitarios, de los que aprendo cada semana.

Al Dr. Juan Rodríguez Medina y a todo el personal sanitario del Campo de Gibraltar, ya que sin su colaboración no hubiera sido posible la realización de la parte aplicada de esta tesis doctoral.

A la empresa farmacéutica *BoehringerIngelheim*, por financiarlos inicios de este proyecto y haberme permitido acercarme al apasionante ámbito de la salud.

A mi familia, ya que sin ellos no podría haber llegado a este momento, por su aliento continuado, afecto, amor y apoyo incondicional.

A mis amigos y todas las personas que me rodean y que de algún modo me han ayudado directa o indirectamente en el trabajo de esta investigación.

A todos y cada uno de ellos, gracias de todo corazón.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL

Págs.

INTRODUCCIÓN	1
Sobre la motivación de la investigación	3
Estado de la cuestión	4
Hipótesis y objetivos de la investigación	5
Objetivos	5
Plan de trabajo	6
PARTE TEÓRICA	
CAPÍTULO 1.- Marco teórico interpretativo: las organizaciones sanitarias y su entorno	7
1.1. Las organizaciones como objeto de estudio	8
1.1.1. Concepto de organización	8
1.1.2. Principales teorías de la organización	10
1.1.2.1.- Enfoque clásico	11
1.1.2.2.- Enfoque moderno	11
1.1.2.3.- Enfoques contemporáneos	11
1.1.3. Calidad y organizaciones	13
1.2. Procesos que se desarrollan dentro de la organización	16
1.2.1. Procesos individuales	16
1.2.1.1. Motivación y satisfacción	17
1.2.1.2. Los modelos explicativos de la satisfacción laboral	18
1.2.2. Procesos grupales	19
1.2.2.1. Grupos y equipos de trabajo en las organizaciones.....	19
1.2.2.2. Flujos y barreras de comunicación	23
1.2.2.3. Principales estilos de dirección: análisis tradicional y enfoques modernos del liderazgo	26
1.2.3. Procesos organizacionales.....	29
1.2.3.1. La cultura en las organizaciones	29
1.2.3.2. El ambiente social organizacional	34
1.3. Principales conclusiones y síntesis del capítulo	38
CAPÍTULO 2.- Calidad institucional en organizaciones	39
2.1. Revisión de la literatura: aproximación teórico conceptual a la calidad institucional	39
2.1.1. Principales modelos teóricos	40
2.1.1.1. Teorías económicas de la calidad institucional	41
2.1.1.2. Teorías políticas de la calidad institucional	42
2.1.1.3. Teorías socioculturales de la calidad institucional.....	42
2.1.1.4. Teorías institucionales de la calidad institucional.....	44
2.1.2. Principales ámbitos de aplicación	49
2.1.3. Principales dimensiones de la calidad institucional	50
2.1.3.1. Calidad Institucional entendida como gobernabilidad	50
2.1.3.2. Calidad institucional entendida como parte del proceso productivo.....	52
2.1.3.3. Calidad institucional entendida como proceso integral en la institución.....	54
2.1.3.3.1. Modelo Deming	54
2.1.3.3.2. Modelo Malcom Baldrige.....	55
2.1.3.3.3. Modelo Europeo de Gestión de Calidad.	56
2.2. Principales conclusiones y síntesis del capítulo	58
3. CAPÍTULO 3.- La calidad en las organizaciones sanitarias	60
3.1. Propuestas internacionales para gestionar la calidad en organizaciones sanitarias	61
3.1.1. Modelo Joint Commission Accreditation.....	61
3.1.2. Sistema de Aseguramiento según normativa ISO.....	62
3.1.3. Sistema de Gestión Total según Modelo EFQM	62
3.1.4. Diferencias y similitudes entre modelos	64
3.2. Propuestas nacionales para gestionar la calidad en organizaciones sanitarias	66
3.2.1. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS)	68
3.2.2. Propuestas regionales para la gestión de la calidad en organizaciones sanitarias	69
3.2.2.1. Plan de Calidad de la Junta de Andalucía.....	70
3.2.2.2. Plan de Calidad de la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Familiar del Gobierno de Aragón	76
3.2.2.3. Plan y Estrategias de Calidad para la Administración Sanitaria del principado de Asturias	78
3.2.2.4. Servicio de Evaluación, Acreditación e Inspección de la Consejería de Salud del Gobierno de las Islas Baleares.....	82
3.2.2.5. Plan de Salud de Canarias (PSC) para la Innovación en Gestión de Salud y Servicios	85
3.2.2.6. Plan de Salud de Castilla-La Mancha	88
3.2.2.7. Planes de Salud de Castilla y León	91
3.2.2.8. Planes de Salud de Cataluña	94
3.2.2.9. Planes Sanitarios de Ceuta y Melilla	97

3.2.2.10. Planes de Calidad de Extremadura	100
3.2.2.11. Planes de salud de Galicia	103
3.2.2.12. Planes Sanitarios de La Rioja	106
3.2.2.13. Planes del Servicio Sanitario de la Comunidad de Madrid	109
3.2.2.14. Planes de Salud de Navarra	112
3.2.2.15. Planes de Calidad Total del Osakidetza	115
3.2.2.16. Planes Sanitarios de la Comunidad Valenciana	118
3.3. Principales conclusiones y síntesis del capítulo	121
4. CAPÍTULO 4.- Principales implicaciones epistemológicas y metodológicas de la investigación	123
4.1. Crisis del conocimiento científico y sus repercusiones en la ciencia social y comportamental	124
4.2. Del positivismo a la hermenéutica	127
4.2.1. La epistemología positivista	127
4.2.2. La reacción al positivismo: epistemología hermenéutica	128
4.3. Metodologías de la investigación social y comportamental: métodos cuantitativos vs cualitativos.	133
4.3.1. Perspectiva metodológica cuantitativa	134
4.3.2. Perspectiva metodológica cualitativa	138
4.4. Hacia una perspectiva metodológica integradora: tercer movimiento metodológico	142
4.4.1. Estrategias desde la pluralidad metodológica	143
4.4.2. Pluralidad metodológica para valorar el ambiente del grupo de trabajo	148
4.5. Principales conclusiones y síntesis del capítulo	151
PARTE EMPÍRICA	
5. CAPÍTULO 5.- Análisis empírico del ambiente grupal de trabajo en el servicio de urgencias de una organización pública de sanidad: delimitación del contexto	152
5.1. El contexto político de la calidad institucional	153
5.1.1. Plan de calidad: nuevas estrategias para la sanidad andaluza	155
5.1.2. Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza	157
5.1.3. Programa de Acreditación de las Unidades de Gestión Clínica	158
5.1.4. Programa de calidad en servicios de cuidados críticos y urgencias del Campo de Gibraltar	159
5.2. La organización y el grupo de trabajo	160
5.2.1. Rasgos organizativos de los servicios de urgencias	161
5.2.1.1. Los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU)	161
5.2.1.2. El Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU)	163
5.2.1.3. Ubicación, estructura física y equipamiento	164
5.2.2. Rasgos del equipo humano	167
5.3. Principales conclusiones y síntesis del capítulo	172
6. CAPÍTULO 6.-Análisis factorial y de contenido del ambiente grupal de trabajo	171
6.1. Análisis cuantitativo: factores principales del ambiente grupal de trabajo.	171
6.1.1. Factores principales del ambiente grupal de trabajo (análisis factorial cuantitativo resultante del cuestionario de 'ambiente grupal de trabajo' de Perry et al., 2005).....	174
6.1.2. Valoración de los principales factores del ambiente grupal de trabajo	178
6.2. Análisis cualitativo: contenidos del ambiente grupal de trabajo	185
6.2.1. Principales componentes del 'ambiente grupal de trabajo' (Análisis de los procesos grupales)	194
6.2.1.1. Sentido, significación e identificación de los conceptos latentes	195
6.2.1.2. Codificación abierta: identificación de procesos	204
6.2.1.3. Reducción y reagrupación de códigos: integración de categorías y sus propiedades	206
6.2.1.4. Organización de la información: Matriz de categorías (Concepto, familia de códigos, principales códigos encontrados y citas de entrevista en profundidad)	211
6.3. Estudio de fiabilidad del proceso de codificación	213
6.4. Principales conclusiones y síntesis del capítulo	237
7. CAPÍTULO 7.- Análisis de la convergencia y/o divergencia entre los dos planteamientos metodológicos utilizados	239
7.1. Representación teórica del modelo de medida 'ambiente grupal de trabajo'	240
7.2. Principales elementos del ambiente grupal de trabajo: factores y metacódigos	242
7.3. Representaciones empíricas del concepto 'ambiente grupal de trabajo' Indicadores y cotas y citas	243
7.4. Valoración de los principales componentes del ambiente grupal de trabajo	244
7.5. Propuestas de mejora del grupo de trabajo del servicio para potenciar la calidad en la organización	248
7.5.1. Principales carencias del grupo de trabajo	248
7.5.2. Propuestas de mejora para potenciar la calidad del servicio respecto a procesos existentes	257
7.6. Principales conclusiones y síntesis del capítulo	265
8. CAPÍTULO 8.-Diseño de un nuevo instrumento de medida para medir la calidad del clima laboral: evidencias de validez y fiabilidad	267
8.1. Definición estructural y operacional del instrumento	267
8.1.1. Objetivo	269
8.1.2. Método	269
8.1.2.1. Muestra	269
8.1.2.2. Instrumentos	270
8.1.2.3. Procedimiento	270

8.1.3. Resultados	271
8.1.3.1. Definición estructural del concepto	271
8.1.3.2. Definición operacional del concepto	273
8.2. Análisis de la calidad métrica de la escala	277
8.2.1. Estudio 1. Evidencias validez de contenido	279
8.2.1.1. Objetivo	280
8.2.1.2. Método	280
8.2.1.2.1. Muestra	280
8.2.1.2.2. Instrumentos	280
8.2.1.2.3. Procedimiento	281
8.2.1.3. Resultados	282
8.2.2. Estudio 2. Evidencias validez de constructo	288
8.2.2.1. Objetivo	288
8.2.2.2. Método	288
8.2.2.2.1. Muestra	288
8.2.2.2.2. Instrumentos	288
8.2.2.2.3. Procedimiento	289
8.2.2.3. Resultados	290
8.2.2.4. Ajuste del modelo	292
8.2.2.4.1. Objetivo	292
8.2.2.4.2. Método	292
8.2.2.4.3. Resultados	292
8.3. Principales conclusiones y síntesis del capítulo	295
9. CAPÍTULO 9- Principales conclusiones generales de la tesis doctoral y desarrollos futuros	296
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	303

ANEXOS:

Anexo I: Bases de datos utilizadas en la revisión de la literatura (cap. 2)	336
Anexo II: Artículos incluidos y especificación de motivos de exclusión (cap.2)	347
Anexo III: Resultados obtenidos de la revisión de la literatura (cap.2)	367
Anexo IV: Cuestionario 'ambiente grupo de trabajo' utilizado para la parte cuantitativa (cap.6)	551
Anexo V: Transcripción de las entrevistas en profundidad realizadas (cap.6)	556
Anexo VI: Matriz de códigos con citas obtenida a partir del análisis de contenido realizado en la parte cualitativa de la investigación (cap.6)	590
Anexo VII: Elaboración de ítems a partir de los resultados obtenidos en el abordaje multimétodo (cap.8)	680
Anexo VIII: Escala de Clima laboral -validez de contenido (cap.8)	687
Anexo IX: Carta a los expertos -validez de contenido (cap.8)	734
Anexo X: Modelo de Consentimiento Informado (cap.8)	735
Anexo XI: Nueva escala de calidad del clima laboral (cap.8)	736
Anexo XII: Correlaciones y test estadísticos (cap.8)	740
Anexo XIII: Matriz correlaciones policóricas (cap.8)	754

INTRODUCCIÓN

Este trabajo está realizado para obtener el título de doctor dentro del programa de doctorado “Psicología Experimental: Cerebro y Conducta” del Departamento de Psicología Experimental de la Universidad de Sevilla.

El título de este trabajo de investigación es “Ambiente grupal de trabajo y calidad institucional en organizaciones sanitarias: un abordaje metodológico aplicado al estudio del servicio de urgencias” ya que pretende una triple finalidad: por un lado a nivel teórico, describir el concepto ‘calidad institucional’ a partir de las principales teorías de la organización y prestando especial interés a las unidades mínimas de análisis, los grupos de trabajo. Para ello se realiza una revisión sistemática de la literatura existente en la que se destaca una pluralidad conceptual debido a la polisemia y dispersión de los conceptos trabajados.

Por otro lado, y teniendo en cuenta este punto de partida, a nivel procedimental se intenta conocer qué abordajes o planteamientos epistemológicos y metodológicos son los más adecuados para intentar estudiar el concepto ‘calidad institucional’ representado en su unidad mínima de análisis, los grupos de trabajo, a través de la calidad de su clima laboral. Y por último, lo que se pretende es llevar a la práctica los resultados previos mediante un estudio empírico en el ámbito de la salud; en concreto, al estudio de la calidad del ambiente laboral de los grupos de trabajo, así como al diseño y elaboración de un instrumento que permita valorar la calidad del clima laboral en contextos sanitarios.

Es por ello que el contenido de la presente tesis doctoral se divide en dos partes claramente diferenciadas: una parte teórica y una parte empírica:

La parte teórica está compuesta por los cuatro primeros capítulos y es donde queda plasmado todo el marco referencial teórico-sustantivo utilizado en esta tesis doctoral. Concretamente en el capítulo 1, se abordan los principales enfoques organizacionales; destacando el clásico, moderno y contemporáneo. Así como se destacan los principales procesos que se desarrollan en cualquier organización, estos son: los individuales, los grupales y los organizacionales. Este punto de partida es fundamental ya que nos ayuda a focalizar la atención en uno de los procesos, los grupales, concretamente en las instituciones públicas de salud, al tratarse de un tipo de organización formal de especial interés para el presente trabajo.

En el capítulo 2, se realiza una propuesta por sistematizar la literatura sobre el concepto “calidad institucional”. Para ello se realiza una revisión de la literatura especializada, destacando principalmente los marcos teóricos en los que por un lado se resalta la polisemia y dispersión del concepto en base a su uso y a los diferentes ámbitos donde se aplica, y por otro, las principales dimensiones o elementos que lo conforman.

En el capítulo 3, se trabaja el concepto de calidad aplicado a las organizaciones sanitarias; para ello, se realiza un análisis de los modelos internacionales para gestionar la calidad, así como un estudio sobre las

principales propuestas realizadas dentro del territorio nacional, en materia de gestión de calidad en organizaciones sanitarias.

En el capítulo 4, partiendo de la crisis generalizada del conocimiento científico, se analizan las repercusiones que ha tenido el actual panorama de pluralidad y dispersión en la producción del conocimiento. Para ello, previamente, se intenta hacer un breve recorrido por las principales corrientes epistemológicas implicadas en este contexto, es decir, el Positivismo y la Hermenéutica. Por otro lado se describen las dos grandes tradiciones metodológicas desarrolladas dentro de las ciencias, es decir las metodologías cuantitativas y las metodologías cualitativas, detallando especialmente el aparataje y/o las técnicas que se desarrollan dentro de cada una de las metodologías. Se describe “el tercer movimiento metodológico” caracterizado por un paradigma eminentemente pragmático que estribaría en distintos usos simultáneos de diferentes metodologías en un mismo proceso investigador. Y por último, se define el diseño de investigación para la parte aplicada.

En la parte empírica (capítulos 5, 6, 7 y 8), se tratará de llevar a la práctica una solución, desde el pragmatismo a la pluralidad y heterogeneidad en cuanto a contenido existente (conceptos, teorías, abordajes metodológicos, ámbitos de aplicación) y en cuanto a la falta de explicitación metodológica en las diferentes propuestas regionales para mejorar, medir y evaluar la calidad institucional en organizaciones sanitarias.

Para ello, en el capítulo 5, se delimita el contexto político-institucional de la calidad del ambiente grupal de trabajo en el servicio de urgencias de una organización pública, detallando las principales medidas llevadas a cabo así como los principales rasgos y características de la organización y del equipo humano.

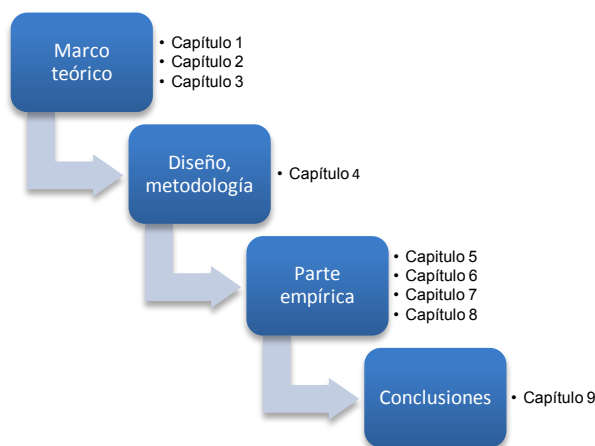
Del mismo modo, se obtienen los principales factores y/o contenidos fundamentales para poder medir la calidad del clima del grupo de trabajo (capítulo 6). Para ello, se utiliza simultáneamente metodología cualitativa y cuantitativa; en concreto, se realiza una triangulación metodológica de un instrumento cuantitativo (cuestionario semiestandarizado para medir la calidad del clima de grupo de trabajo) y uno cualitativo (entrevistas en profundidad) para valorar el clima del grupo de trabajo como elemento importante para el logro de la calidad institucional sanitaria.

En base a los resultados obtenidos, se analizan las posibles convergencias y/o divergencias entre los dos planteamientos epistemológicos utilizados (capítulo 7), así como el diagnóstico de las principales carencias encontradas y las posibles propuestas de mejora para potenciar la calidad del servicio respecto a los procesos existentes.

En el último capítulo de la parte empírica (capítulo 8), y tomando como referencia los elementos/ dimensiones obtenidos del proceso de complementariedad, se diseña un nuevo instrumento de medida para medir la calidad del clima laboral y se realiza un estudio de la calidad psicométrica del instrumento; en concreto, se realizan estudios sobre su fiabilidad, validez de contenido, de constructo y de criterio.

Para concluir la presente tesis doctoral (capítulo 9), se realiza una síntesis general del trabajo realizado, destacando las principales conclusiones establecidas y sus posibles desarrollos futuros.

Figura 1.
Estructura de la Tesis



Sobre la motivación de la investigación

Los motivos de la elección de este tema de tesis principalmente son: en primer lugar, hace algún tiempo, tuve oportunidad de participar en una iniciativa profesional que consistía principalmente en el asesoramiento metodológico para poder mejorar la calidad en un área de gestión sanitaria (Hospital de la Línea de la Concepción y Hospital Punta de Europa, del área sanitaria del campo de Gibraltar) lo cual me permitió establecer una primera toma de contacto con el ámbito de aplicación de la presente investigación.

En segundo lugar, en un plano de mero ejercicio intelectual, a partir de esta primera toma de contacto, surgió la necesidad de adentrarme y profundizar a nivel teórico en todo lo referente a la gestión de la calidad, los principales modelos de gestión de calidad, las principales iniciativas llevadas a cabo para la mejora de la calidad (planes, programas, proyectos, libros, artículos, etc.) tanto en centros hospitalarios como en otras organizaciones susceptibles de mejoras.

Y en un tercer y último lugar, todo el esfuerzo y el trabajo invertido en la presente tesis doctoral, también viene motivado por la esperanza de conseguir obtener información útil que permita mejorar la ejecución en su puesto de trabajo de muchos profesionales.

Estado de la cuestión

No es de extrañar que en nuestra vida cotidiana nos encontremos imágenes y representaciones de calidad por todas partes; en la puerta del autobús urbano para ir al trabajo; en el supermercado cuando compramos cualquier tipo de producto con un 'sello de control de calidad'; en los estudios que realizamos 'certificado con mención de calidad'; en nuestro trabajo con los 'cuestionarios de satisfacción de calidad de la docencia' y en un larguísimo etcétera de 'certificados de calidad' que garantizan que el servicio y/o el producto prestado y/o consumido cumplen con unos requisitos para ser considerados 'de calidad'.

Por tanto, en la actualidad queramos o no, estamos inmersos en un tipo de sociedad en el que en las diferentes organizaciones e instituciones, tanto públicas como privadas, emerge cada vez con mayor fuerza una '*cultura de la calidad*'¹ que impregna todas las dimensiones del hombre en su vida en sociedad.

El estudio de la calidad ha estado presente en diferentes enfoques científicos; unos basados en la búsqueda de la calidad técnica de la producción, otros centrados en la gestión estratégica de la calidad, y otros haciendo especial hincapié en aspectos metodológicos de medición y control de resultados. Pero ¿qué es realmente la calidad? ¿Qué requisitos ha de tener una organización para considerarla de calidad? ¿Cómo afecta esta cultura de la calidad a los diferentes equipos humanos de las organizaciones?

En la presente tesis doctoral, tratamos de dar respuesta a estos interrogantes. La visión que le damos está focalizada en la calidad en las organizaciones, concretamente, en el equipo humano de la organización, es decir, los grupos de trabajo dentro de la organización.

Los principales problemas iniciales que nos encontramos a la hora de adentrarnos en esta tesis doctoral y que por tanto justifica su desarrollo son los siguientes:

- Dispersión del concepto calidad institucional (falta de consenso en la literatura especializada).
- Dispersión y heterogeneidad en implementación de modelos de gestión de calidad en materia sanitaria en las distintas regiones.
- Dispersión del concepto 'calidad del ambiente grupal de trabajo' elemento clave para potenciar calidad desde la base de la organización hasta la cúspide.
- Ausencia de un modelo totalizador que recoja y unifique los diferentes niveles de la organización.

La mayoría de las propuestas van encaminadas a mejorar la calidad desde el punto de vista del cliente o usuario equiparando calidad a satisfacción

¹Entendida como el conjunto de valores, hábitos, prácticas y herramientas de calidad que permite a la organización afrontar los retos que se le presentan. EnJ. H. Cantú Delgado, R. A. Bosque Alayón., y J.del Mares Chacón(2006), *Desarrollo de una cultura de calidad*. McGraw-Hill Latinoamericana, p. 467.

del servicio prestado; en este trabajo queremos enfatizar el papel del equipo humano encargado de proporcionar esa 'satisfacción al usuario o cliente' y calidad al servicio.

Hipótesis y objetivos de la investigación

La principal hipótesis que defiende este trabajo es que la falta de un modelo de calidad de la gestión de recursos humanos en materia sanitaria se basa principalmente en: a) carencia de un marco teórico referencial unitario, universalmente válido, y dispersión de modelos de gestión de calidad en recursos humanos en organizaciones sanitarias en España, y b) ausencia de herramientas para sistematizar y homogeneizar actuaciones.

Objetivos

- **Objetivo 1:** determinar las principales dimensiones del concepto "calidad Institucional", y clasificar y valorar los principales modelos de gestión de calidad en recursos humanos en organizaciones sanitarias en España.
 - Capítulos 1, 2 y 3
- **Objetivo 2:** determinar los principales componentes de la calidad del ambiente grupal de trabajo en entornos sanitarios, y elaborar una escala que permita medir la calidad del ambiente grupal de trabajo en organizaciones sanitarias.
 - Capítulos 4, 5, 6, 7 y 8

Plan De Trabajo

El hilo conductor del presente trabajo será la calidad en los distintos niveles organizacionales, tratando de ir desde el contexto más general y abstracto al más concreto, esto es: las organizaciones e Instituciones; las organizaciones sanitarias; los hospitales como forma específica de organización sanitaria; los servicios de cuidados críticos y urgencias; el equipo humano y los Grupos de trabajo; y por último en un grado de mayor concreción, el ambiente grupal de trabajo.

Figura 2.
Plan de Trabajo.



CAPÍTULO 1.

MARCO TEÓRICO INTERPRETATIVO: LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS Y SU ENTORNO.

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

1.- Marco teórico interpretativo: las organizaciones sanitarias y su entorno.....	7
1.1.Las organizaciones como objeto de estudio	8
1.1.1.Concepto de organización	8
1.1.2. Principales teorías de la organización	10
1.1.2.1.- Enfoque clásico	11
1.1.2.2.- Enfoque moderno	11
1.1.2.3.- Enfoques contemporáneos	11
1.1.3. Calidad y organizaciones.....	13
1.2. Procesos que se desarrollan dentro de la organización.....	16
1.2.1.Procesos individuales	16
1.2.1.1. Motivación y satisfacción	17
1.2.1.2. Los modelos explicativos de la satisfacción laboral	18
1.2.2.Procesos grupales	19
1.2.2.1. Grupos y equipos de trabajo en las organizaciones.....	19
1.2.2.2. Flujos y barreras de comunicación.....	23
1.2.2.3. Principales estilos de dirección: análisis tradicional y enfoques modernos del liderazgo	26
1.2.3.Procesos organizacionales.....	29
1.2.3.1. La cultura en las organizaciones.....	29
1.2.3.2. El ambiente social organizacional	34
1.3. Principales conclusiones y síntesis del capítulo.....	38

1. Marco teórico interpretativo: las organizaciones y su entorno.

El contexto más general donde poder enmarcar el presente trabajo son las organizaciones cuyo estudio ha estado presente desde su inicio en las ciencias sociales, desde la sociología a través de 'la teoría de la organización' cuyo principal interés consiste en identificar y analizar los factores, el contexto, las fuerzas y los actores que operan en las organizaciones en continua interacción con el ambiente. Por otro lado, destaca 'el desarrollo organizacional' propuesto desde la psicología social y las ciencias económicas; se centra en el análisis de los estilos de gerencia y las dinámicas individuales para mantener la estructura funcional de la organización a lo largo del tiempo. Y el 'diseño de la organización' desde las Ciencias Políticas y de la Administración, en el que a partir de un enfoque dinámico da cuentas de cómo han de constituirse o reformarse las organizaciones para alcanzar sus fines (Rodríguez Fernández, 1995).

Por lo tanto, el sistema conceptual y teórico de análisis se caracteriza por poseer un carácter interdisciplinario. Pese a esta consideración, en la presente tesis doctoral subyace el criterio de integración y de unidad desde diferentes perspectivas, tratando de describir el contexto donde se desarrolla el comportamiento humano, es decir, el ámbito de las organizaciones, más concretamente centrándose en el conjunto de teorías que han tratado de clasificar y explicar las diferentes concepciones de organización de carácter formal a lo largo de la historia.

La secuencia lógica que se pretende seguir en este capítulo es ir desde lo más general, es decir el estudio de las organizaciones y su entorno, hasta lo más concreto, los equipos humanos como parte fundamental de las organizaciones y los procesos que se generan dentro de ellas: procesos individuales, grupales y organizacionales.

Cabe resaltar que, pese a que la mayoría de los estudios realizados en el ámbito de las organizaciones se hacen en el sector privado, siendo en éste sector donde el desarrollo tanto teórico como, sobre todo, técnico ha sido más fructífero. Pese a ello, las organizaciones públicas, concretamente las organizaciones sanitarias, pueden ser estudiadas desde la misma óptica que las privadas.

Partiendo de esta premisa, tanto las organizaciones públicas como las privadas pertenecen al mismo tipo de organización pero con comportamientos distintos, es decir, se pueden comprender las organizaciones públicas al ser tratadas como una constelación de organizaciones con vida propia, y, por tanto, equiparables a cualquier tipo de organización (Rodríguez Fernández, 1995).

A continuación, se presenta el concepto de organización con un breve recorrido histórico de las diferentes aportaciones que han desarrollado la Teoría de la Organización, intentando ofrecer un abordaje que va desde lo más general, hasta lo más concreto de las organizaciones; esto es, los Recursos Humanos como elemento principal constitutivo de las mismas y los grupos de trabajo.

1.1. Las organizaciones como objeto de estudio.

1.1.1. Concepto de organización.

Uno de los tipos de ordenamientos sociales que mayor estabilidad ha proporcionado a la vida humana a lo largo de su historia han sido las organizaciones modernas tanto públicas como privadas. Estas son, sin duda, uno de los elementos más relevantes de nuestro tiempo que condicionan el resto de fenómenos (sociales, psicológicos, políticos, culturales, económicos, etc.).

El estudio de la organización ha estado presente en las Ciencias Sociales desde sus inicios hasta la actualidad. En un primer momento, fijó su atención en las fábricas como formas de organización social durante la primera revolución industrial y, en la actualidad, se centra en el estudio de las organizaciones en las Sociedades Modernas Avanzadas, ya que la sociedad actual es una sociedad de organizaciones en el que *'las grandes organizaciones han absorbido a la sociedad'* (Perrow, 1992, p. 21).

Existe dispersión en el concepto de organización; se encuentran pocas definiciones substantivas compartidas sobre organización. En este sentido March y Simon (1981) advierten que es más sencillo citar ejemplos de organizaciones que dar una exacta definición del término, por ello, muchos de los trabajos van dirigidos a definir los elementos fundamentales que componen la organización. Pese a ello, haciendo un recorrido histórico del concepto nos encontramos con las definiciones que se presentan en la Tabla 1:

Tabla 1.

Definiciones de organización.

Autor	Año	Definición de organización
Weber	1921	En su obra <i>'Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva'</i> (1964) define el tipo ideal de organización, esta es la burocracia, diseñada científicamente para funcionar con exactitud y lograr los fines para los que fue creada y que está delimitada por una estructura de dominación legal donde la autoridad viene determinada por los puestos de trabajo; no por las personas (Weber, 1964, p. 730).
Barnard	1938	<i>'Un sistema de actividades o fuerzas conscientemente coordinadas de dos o más personas'</i> (Barnard, 1938, p. 73).
Scott	1964	<i>'Se definen como colectividades que se han establecido para la consecución de objetivos relativamente específicos a partir de una base más o menos continua... tienen características distintivas como fronteras relativamente fijas, un orden normativo, niveles de autoridad, sistema de comunicación y un sistema de incentivos que permite que varios tipos de participantes trabajen juntos en la consecución de metas comunes'</i> (Scott, 1994, p. 488).
Etzioni	1965	<i>'Son unidades o agrupamientos humanos contruidos en forma deliberada para buscar metas específicas. Se incluyen las corporaciones, ejércitos, escuelas, hospitales, iglesias y prisiones. Se</i>

		<i>excluyen las tribus, clases grupos étnicos y familias'</i> (Etzioni, 1965, p. 4).
Mayntz	1972	<i>'Las organizaciones son un medio de ordenación necesario. La cooperación continuada de numerosos seres humanos para un fin específico, necesita de la organización; sin embargo la organización es también un elemento de dinámicas social'</i> (Mayntz, 1972, p. 47-48).
	1980	<i>'Son formaciones sociales complejas, conscientes de sus fines y configuradas racionalmente..., tales organizaciones son las instituciones burocratizadas, que han surgido en los campos más importantes de la vida, como por ejemplo, las empresas, los hospitales, las prisiones, las escuelas, las universidades, los departamentos de administración, las grandes unidades militares, y las iglesias'</i> (Mayntz, 1980, p. 11).
Aygryns	1979	<i>'Las organizaciones suelen crearse para alcanzar objetivos que se consiguen mejor de forma colectiva. Ello significa que el ciclo de actividad necesario para alcanzar tales objetivos, es excesivo para solo un individuo, y ha de segmentarse en unidades secuenciales que resulten manejables por un ser humano. En el ámbito individual, las unidades se denominan roles. A nivel grupal, las unidades constituyen departamentos. Estas unidades se integran u organizan en una peculiar secuencia o pauta diseñada para lograr objetivos, y la parte resultante constituye la estructura organizacional'</i> (Aygryns, 1979, p. 53)
Weiner	1985	<i>'Una organización es un conjunto colectivo con límites relativamente fijos e identificables, con una ordenación normativa, con un sistema de autoridad jerárquico, con un sistema de comunicación, con un sistema de miembros coordinado... formado por una base relativamente continua dentro de un entorno que lo rodea y se dedica acciones y actividades que normalmente tienden a una meta final u objetivo'</i> (Weiner, 1985, p. 41).
Hall	1996	<i>'Es una organización con una frontera relativamente identificable, un orden normativo, niveles de autoridad, sistema de comunicaciones y sistemas de coordinación de las membrecías. Esta colectividad existe de manera continua en un ambiente y se involucra en actividades que se relacionan por lo general con un conjunto de metas, las actividades tienen resultados para los miembros de la organización, la organización misma y la sociedad'</i> (Hall, 1996, p. 36).
Bericat Alastuey	2001	<i>'...la base de los principios de productividad, eficacia y rentabilidad constituyen el núcleo de la organización capitalista... se expresa en la planificación de la empresa racional burguesa y en la organización racional del trabajo'</i> (Bericat Alastuey, 2001, p. 30).
Olabuenaga	2008	<i>'...la organización social surge cuando un número de personas que se juntan de forma estable, es decir, que sus formas de actuar, de pensar y, en especial, de interactuar entre sí, llegan a asumir reglamentaciones distintivas. Las vecindades, las familias, los grupos de trabajo y de diversión relevan una organización'</i> (Olabuenaga, 2008, p. 23).

Teniendo en cuenta todo lo anterior y a modo de resumen, las organizaciones pueden ser consideradas como unidades sociales en las que la acción coordinada y la interrelación de individuos conducen, mediante la

organización racional del trabajo, a la consecución de fines comunes. Por tanto, a la hora de estudiar las organizaciones hay que tener en cuenta los elementos fundamentales que la delimitan: a) es un grupo de personas que establecen relaciones formalizadas; b) persiguen el logro de un fin común, c) realizan actividades especializadas, d) se da por tanto una división del trabajo, e) donde se produce un intercambio de información y continuidad a lo largo del tiempo, f) que están legitimados por un sistema social externo, y g) con unos objetivos bien definidos.

1.1.2. Principales teorías de la organización.

La teoría de la organización tiene apenas dos siglos de antigüedad, desde los inicios de Weber, Taylor o Fayol, por intentar abordar el estudio científico de las entonces nuevas formas de producción hasta los intentos de Scott, Meyer y Granovetter por intentar abordarlas desde un enfoque institucionalista. Dentro de las diferentes escuelas que se han sucedido en el tiempo para dar cuentas del pensamiento organizativo, tal como se presenta en la Tabla 2, se distinguen tres etapas:

Tabla 2.

Evolución de la teoría de la organización.

	Organicismo	Estructuralismo e Interaccionismo	Constructivismo	Organización Científica
ENFOQUE CLÁSICO	Comte y Spencer	Durkheim Weber	Marx y primeros socialistas	Taylor y Fayol
ENFOQUE MODERNO	Escuela de Relaciones Humanas Pennok, Mayo, Maslow, Barnar	Sistemas de cooperación McGregor, Selznick	Modelos de liderazgo Ouchi	Modelos típicos de organización Likert
ENFOQUE CONTEMPORÁNEO	Teoría de sistemas Dunlop, Ford, Kast, Rosenzweig	Teorías de la contingencia Woodward, Lawrence y Lorsch	Teorías de la Dependencia Pfeffer y Salanik, Hannan y Fremman, Aldrich	Teorías Institucionales Parsons, Scott, Meyer, Granovetter, Powell y Dimaggio

1.1.2.1. Enfoque clásico: los primeros sociólogos centran su atención en estudiar el tipo de sociedad que les tocó vivir, es decir la industrial e intentar describir su funcionamiento organizacional. Se destaca en este enfoque las propuestas organicistas de Comte (1798-1857) y Spencer (1820-1903) que resaltan el carácter comunitario de la sociedad moderna debido a que la creciente especialización y división del trabajo trae consigo una mayor interdependencia y cohesión en base al nuevo sistema productivo. Por otro lado, destacan los trabajos de Durkheim (1858-1917) y Weber (1864-1920), el primero de ellos centrado en describir el tipo de solidaridad en las sociedades antiguas y en la moderna, y el segundo de ellos ofreciendo una explicación racional del industrialismo y el capitalismo moderno y un tipo ideal de organización. Por otro lado, las propuestas de los primeros socialistas -Saint Simón (1769-1825), Fourier (1772-1837), Owen (1771-1858), Proudhon (1809-1865), Marx (1818-1883)-, resaltaban las desigualdades producidas por la nueva organización social y los conflictos entre los distintos estratos sociales. Y por último, dentro de este primer enfoque cabe resaltar los primeros intentos por ofrecer una organización científica de Taylor (1911) en su trabajo 'The principles of Scientific Management' y Fayol (1916) en su obra 'Administración industrial y General'. En definitiva, los trabajos realizados bajo los paradigmas teóricos clásicos predominan hasta la mitad del siglo XX y son los que sientan las bases de la actual teoría de la organización.

1.1.2.2. Enfoque moderno: su principal aportación es el descubrimiento de la organización informal. Destacan los trabajos de Pennok (1924) y Mayo (1927) desarrollados en Hawthorne (Chicago), y el de la escuela de relaciones humanas; el trabajo de Maslow (1954) sobre el desarrollo de las motivaciones humanas; el trabajo de Barnard (1938) y su concepción del hombre organizativo; las primeras concepciones de las organizaciones como sistemas de cooperación de Selznick (1957); la Teoría Y de McGregor (1960) expuesta en '*El aspecto humano de las organizaciones*' donde desarrolla los supuestos básicos de los directivos y la Teoría Z de Ouchi (1981) introduciendo la importancia de la cultura compartida en los distintos modelos de liderazgo dentro de la organización; la aportación empírica de Likert (1961, 1967) desarrollada en sus dos obras, '*New patterns of management*' y '*The human organization: Its management and value*', proponiendo cuatro modelos típicos de la organización; a) autoritarios; b) paternalistas; c) consultivos y d) participativos, confirmando en sus estudios que se consigue un mejor rendimiento en las organizaciones cuando son participativas. En resumen, los trabajos desarrollados bajo este enfoque modernizan a la teoría de la organización y tienen total preponderancia durante tres décadas (1950-1979) aportando un nuevo paradigma en el que los fenómenos organizativos son concebidos desde una perspectiva más global al intentar integrar todas sus dimensiones.

1.1.2.3. Enfoque contemporáneo: representadas por los paradigmas teóricos en los que se desarrollan las diferentes perspectivas actuales sobre la teoría de la organización. Se destaca por un lado la teoría de sistemas, a partir de la cual se concibe la organización como un sistema complejo. En este sentido Luhmann (1991) dice que '*El desarrollo de la Sociología desde el siglo XIX hasta el presente se puede formular escuetamente como el tránsito de las teorías factoriales a las teorías de sistemas*'. Es decir, '*si al taylorismo*

correspondía a una concepción teórica del 'homo economicus'; a Mayo 'El hombre social'; a Maslow 'El hombre que se realiza'; a continuación, dentro de esta nueva perspectiva se puede considerar al 'hombre complejo'" (Lucas y García, 2002). Se considera al hombre complejo porque son muchas las variables las que determinan el comportamiento humano dentro de la organización. En este sentido, destacan los trabajos de Dunlop (1978) aplicando la teoría de sistemas a su estudio sobre organizaciones industriales en su libro 'Sistemas de relaciones industriales'. Y el nuevo sistema de producción propuesto por Ford (Blanch, Espuny, Gala y Martin, 2003) ligado a dos conceptos fundamentales: los de 'eficacia' y 'rendimiento', logrando un proceso de producción en masa.

Una de las consideraciones que trae consigo la perspectiva sistémica en las organizaciones es que una organización es más que la suma de sus partes, por tanto, entre las propiedades más importantes del sistema están la consistencia interna y la coherencia externa. La primera de las propiedades se entendería como la relación armónica entre cada una de las partes que componen la organización (Kast y Rosenzweig, 1976), mientras que la coherencia externa se concibe como la adaptación de las unidades y procesos de la organización a las circunstancias del entorno en el que se encuentra.

Como consecuencia de esta concepción, a la hora de estudiar las organizaciones hay que tener en cuenta el entorno donde se desarrollan; este sería el punto de partida de las teorías de la contingencia, en el que la dinámica organizativa quedaría configurada como resultante de la adaptación contingente a los acontecimientos acaecidos dentro del entorno interno y externo. En este sentido se pueden clasificar los trabajos de Woodward (1965), el cual establece una relación entre la estructura organizativa y los modos de producción; o los trabajos de Lawrence y Lorsch (1967) que aportan una sistematización de la teoría de la contingencia aplicada al mundo de las empresas.

En otro sentido, a la hora de estudiar el tipo de relación que se establece entre las organizaciones y el entorno, surgen las teorías de la dependencia, unas de ellas resaltando el control que ejerce el entorno externo sobre la capacidad de acción de las organizaciones (Pfeffer y Salancik, 1978), y otras de ellas, influenciada por la corriente ecológica de Hannan y Fremman (1977) y de Aldrich (1979), encaminadas a determinar qué tipo de organización es la que sobrevive en un entorno específico.

Por último, cabe destacar la influencia de las teorías institucionales dentro del desarrollo de la teoría de la organización. A partir de este enfoque se produce un cambio en la concepción de las organizaciones que dejan de ser vistas como sistemas y pasan a ser consideradas como instituciones. Es decir, para poder comprender el funcionamiento de las organizaciones hay que tener en cuenta el contexto social y normativo donde se desenvuelven, o, dicho de otra manera, 'Las organizaciones se convierten en instituciones cuando el comportamiento de sus miembros y su relación con la sociedad está informada por valores como fines en sí mismos' (Lucas y García, 2002).

Esta última perspectiva, estuvo muy influenciada por las teorías económicas de la organización, concretamente la economía institucional, que ponen de manifiesto la importancia del papel de las instituciones en el desarrollo económico de una sociedad.

Dentro de esta perspectiva institucional se puede enmarcar la propuesta institucional de Parsons quien analizó la relación existente entre las organizaciones y su entorno a través de dos dimensiones: el subjetivo, a través del cual los individuos interiorizan normas que sirven de base para la acción; y el objetivo, que refleja el sistema de normas que definen cómo deben ser las relaciones de los individuos (Llamas Sánchez, 2005). En este sentido, para Parsons *'cada organización es un subsistema de un sistema social más amplio, que es la fuente del significado. La legitimidad, o el apoyo más elevado hace posible la implementación de los objetivos en las organizaciones'* (Parsons, 1960, p. 63).

También destacamos los trabajos sociológicos de Scott, Meyer y Granovetter (1994), que abordan el problema de la legitimidad dentro de las organizaciones como leitmotiv de su trabajo. O el trabajo de Powell y Dimaggio (1999) en su libro *'The new institutionalism in organizational analysis'*, donde describen la tendencia actual en la que las organizaciones, como consecuencia de las múltiples presiones ejercidas por los diversos agentes sociales del entorno, se ven abocadas a adoptar políticas de acción similares, conduciendo a lo que ellos denominan *'isomorfismo'*¹ (Coller, Edwards y Rees, 1999).

Según la procedencia de estas presiones, este isomorfismo puede ser: coercitivo, cuando se trata de presiones de otras organizaciones; mimético, cuando existe incertidumbre en el entorno, lo cual conduce a organizaciones del mismo entorno a asimilar formas de proceder de aquellas que tienen éxito; y normativo, cuando la presión viene ejercida por otras estructuras sociales del entorno.

1.1.3. Calidad y organizaciones.

Hasta el momento, hemos descrito el concepto de organización y las diferentes teorías de la organización, pero ¿qué relación guarda cualquier organización con la calidad?

Desde un punto de vista general, se entiende calidad en la organización el grado de perfección que puede obtener una organización ya que ésta *'hace las cosas bien'*.

Esta definición es demasiado ambigua, ya que este grado de perfección viene determinado tanto por los elementos constitutivos de la organización, como por el grado de perfección de otras organizaciones similares.

A lo largo del siglo XX, el concepto de calidad ha ido experimentando cambios en el ámbito de las organizaciones, en este sentido nos encontramos:

¹ Es el caso de las multinacionales. Se entiende isomorfismo como el proceso por el que organizaciones diferentes acaban adoptando forma similar.

1. Concepciones de calidad entendida como el grado en que un producto cumple unas especificaciones técnicas (concepto más vinculado a las organizaciones formales lucrativas, empresas).
2. Concepciones de la calidad como la capacidad de satisfacer las necesidades del usuario/cliente a través del producto o servicio prestado (concepciones arraigadas tanto en organizaciones formales privadas de carácter lucrativo como las empresas, y de carácter público, las instituciones y organismos públicos).
3. Concepción integral de la calidad, relacionada con la forma en que una organización satisface las necesidades y expectativas de todas las personas y grupos interesados e involucrados en la organización. A diferencia de la concepción anterior, esta perspectiva no trata de satisfacer únicamente las necesidades del cliente, sino que toma en cuenta las necesidades y expectativas de todos los miembros de la organización, entre ellos, sus trabajadores.

En este sentido, los expertos en la materia, suelen hablar de una evolución de la calidad, según la cual se comenzó por la inspección y el control de la calidad, para posteriormente asegurarla y finalmente gestionarla (Fantova, 2005, p. 342). Aunque independientemente de la concepción de calidad de organización de la que se parta, para que una organización pueda ser considerada 'de calidad', ha de contar con el apoyo de otras organizaciones, que certifiquen o garanticen que dicha organización cumple unos estándares o unas normas preestablecidas para poder ser considerada como tal.

Por tanto, la calidad de las organizaciones, está fuertemente vinculada con procesos de control, normalización, certificación y acreditación de la misma, por ello la existencia de diversos organismos encargados de gestionar estos procesos (Revilla y Tovar, 2011).

A nivel internacional, se encuentran la Organización Internacional de Normalización (ISO); la Fundación Europea para La Gestión de la Calidad (EFQM) o la Sociedad Internacional para la Calidad en Cuidados Sanitarios (ISQUA).

A nivel nacional, están la Agencia Nacional de Normalización y Acreditación vinculada a gestionar la calidad con el medioambiente industrial; la Agencia Nacional de Acreditación para los laboratorios de ensayo; la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación para las organizaciones e instituciones del ámbito de la educación, la Agencia Nacional del Sistema Nacional de Salud; o la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de Servicios.

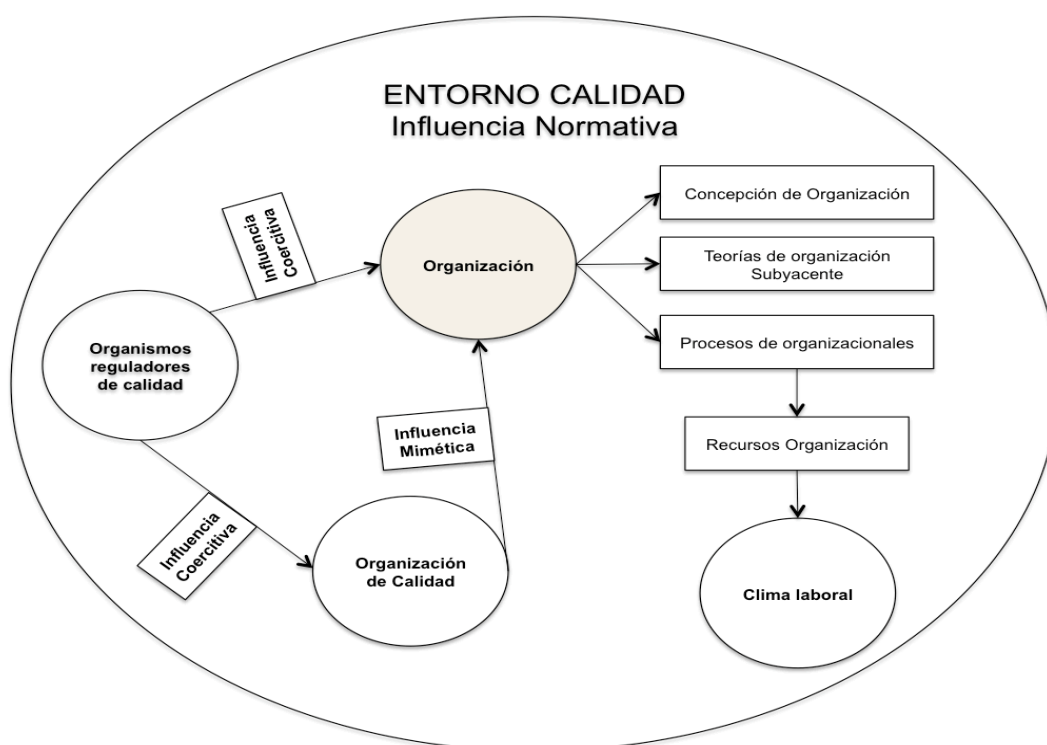
A nivel regional, se encuentran la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, la Fundación Vasca para la Excelencia, así como diferentes Agencias y Fundaciones dependientes de direcciones regionales.

En definitiva, independientemente de la adscripción territorial de cualquier organización, en la actualidad, cualquier organización está sometida a procesos de gestión encaminados a implementar normas instauradas por la presión de otras estructuras sociales del entorno, por tanto, este isomorfismo

normativo es una de las características de las organizaciones en la sociedad actual.

En este sentido, del mismo modo que las organizaciones actuales, moviéndose en espacios transnacionales totalmente abiertos son influenciadas por otras organizaciones, éstas a su vez ejercen influencia en numerosos aspectos de la vida cotidiana, moldeando hábitos y valores, apropiándose del individuo y de la propia sociedad, pero también es cierto que los equipos humanos y las comunidades no son elementos totalmente pasivos, sino que influyen en las organizaciones adaptándolas a sus necesidades.

Figura 3.
Estructura de calidad en la organización



Como se puede observar en la Figura 1, el contexto más general donde poder enmarcar cualquier organización en la sociedad actual, está impregnado de una serie de influencias normativas que hacen que cada una de las organizaciones trate de adoptar estrategias de acción para adaptarse al comportamiento de calidad, de buen funcionamiento.

En este contexto de calidad, cualquier organización a su vez, también está influenciada por organismos reguladores de calidad de normalización y acreditación, y por otras organizaciones del mismo ámbito con un mejor funcionamiento y que ya han sido reconocidas por otros organismos como organizaciones de calidad.

Este conjunto de normas y valores generadores de calidad, hace que una organización cualquiera, trate de optimizar todos los procesos que se generan dentro de ella desde sus diferentes niveles estructurales hasta llegar a las unidades mínimas organizativas; esto es, los grupos y equipos de trabajo.

1.2. Procesos que se desarrollan dentro de la organización.

En el estudio de las organizaciones, se pueden diferenciar dos tipologías de diseños en función de la finalidad que persigan: los estudios de la organización de carácter estructural y los procesuales. En los primeros de ellos la finalidad última sería identificar, organizar y clasificar cualquier organización en función del tipo, de su contexto interno y externo, así como de y las estructuras organizativas. Mientras que, para los diseños de corte procesual, su interés estaría destinado en identificar las diferentes fases y etapas, simultáneas y sucesivas, de acción que suceden dentro de la organización y hacen que ésta cambie y/o evolucione en función de las necesidades del contexto, concretamente con factores relacionados con la motivación, el liderazgo, el poder, la innovación, el aprendizaje, la comunicación y la cultura de la organización entre otros.

Independientemente del tipo de diseño de estudio, en cualquier organización formal², tanto de carácter público como privado, se generan los procesos destinados a la planificación, dirección y control de los recursos existentes (humanos, financieros, tecnológicos, de conocimiento, etc.).

En esta tesis doctoral el foco de interés son los recursos humanos, ya que se parte de la premisa de representar un elemento importante de cualquier organización, al ser el medio operativo por el que una organización puede lograr sus metas y objetivos que se propone. Es por ello que en esta parte del trabajo, se tratará de hacer referencia a los procesos individuales, grupales y organizacionales que intervienen en los equipos humanos en las organizaciones, concretamente en organizaciones formales de carácter público a la que la literatura considera como instituciones (Bonilla, 1988).

1.2.1. Procesos individuales.

En cuanto a los procesos individuales que se desarrollan dentro de las organizaciones públicas o instituciones, se destacan principalmente los relacionados con la motivación y con la satisfacción dentro de la organización. A continuación, se pasará a describir más detalladamente cada uno de estos aspectos.

² Entendida ésta como cualquier organización establecida oficialmente donde se determinan explícitamente la dirección, funciones, jerarquía, coordinación y canales de comunicación. Se excluyen por tanto en este trabajo aquellas organizaciones consideradas informales, es decir que surgen espontáneamente por gustos, intereses o afinidades personales.

1.2.1.1. Motivación y satisfacción.

La motivación y la satisfacción son dos conceptos complementarios. La motivación hace referencia a la razón o razones por las cuales los empleados realizan sus tareas en la organización; mientras que la satisfacción se relaciona con el cumplimiento de las expectativas del empleado por parte de la organización.

En los últimos años se está produciendo una revisión de las funciones de la Administración Pública en materias de gestión de recursos humanos y materiales con el objeto de conseguir instituciones u organizaciones formales más eficaces, eficientes y sensibles a las demandas sociales.

En este contexto revisionista se rescata la importancia del 'capital humano' y se propone un cambio de la mera administración del personal a una efectiva gestión de los recursos humanos; por esta razón, es imprescindible que se activen los mecanismos necesarios para aumentar la motivación, la satisfacción y la productividad de los empleados pertenecientes a cualquier organización (Bueno Capos, p. 2001).

Actualmente hay pocos estudios que den cuenta de la motivación y la satisfacción laboral de los empleados en organizaciones de carácter público, lo cual dificulta la racionalización de la gestión de los recursos humanos de cara a aumentar la efectividad en la gestión.

En un sentido generalista, la motivación puede ser vista desde una triple óptica (Castillo, 1995):

1. Desde la economía: entendiendo la motivación y satisfacción como instrumento que procura la rentabilidad de la organización.
2. Desde la psicología: donde la motivación y satisfacción se sitúa en el plano eminentemente individual de la autorrealización y desarrollo de la persona.
3. Desde la sociología: donde la motivación y satisfacción se entiende a partir de las relaciones existentes dentro de los grupos y de la sociedad.

Los intentos de racionalización del trabajo tayloriano, acompañados del incremento del incentivo económico mediante el salario, pusieron al descubierto un problema profundo: la productividad y el grado de satisfacción no dependen únicamente de factores objetivos materiales, sino que también intervienen factores psicosociales (Coriat, 1992). En consecuencia, el hombre no es un *homo economicus*³ motivado básicamente por incentivos materiales, sino un *homo sociologicus* sujeto a la dinámica de interacción en los equipos de trabajo.

³ Concepción antropológica del hombre basado en la teoría neoclásica económica. El hombre económico se caracteriza por ser racional, egoísta, y utilitarista. Los actores están comprometidos a maximizar la utilidad (Merkl-Davies y Brennan, 2010).

Desde este punto de vista, los aspectos psicosociales se anteponen a los resultados económicos. En este sentido, se resaltan sobre todo las actitudes y motivaciones de los actores condicionados por el medio donde se socializan, es decir, las organizaciones, concretamente aquellas de carácter público donde los equipos humanos desarrollan su trabajo en un ambiente concreto. Por tanto, lo que se pretende es fortalecer el sistema de valores y la participación del empleado, de tal manera que permita facilitar su adaptación a la organización donde se ha incorporado.

Desde esta óptica no se ve a los empleados como un simple instrumento dentro de la organización, sino que lo sitúa como el capital intelectual que actúa como motor de las mejoras dentro de la organización. A partir de esta consideración empiezan a tomar cierta relevancia aquellas medidas que potencian la satisfacción laboral de los empleados.

1.2.1.2. Los modelos explicativos de la satisfacción laboral.

Dentro de la tradición investigadora que han desarrollado las principales teorías motivacionales, se le ha otorgado cierta primacía a la dimensión personal del empleado dejando en un segundo plano, aquellos otros aspectos de interacción con el medio y la estructura organizativa donde desarrollan su trabajo.

En este sentido y siguiendo con la propuesta desarrollada por Campbell, Dunnette, Lawler y Weick (1970), se pueden distinguir principalmente dos corrientes de pensamiento: por un lado, estarían las 'teorías de contenido', en las que priman las necesidades de los empleados sobre los demás factores, y por otro las 'teorías de proceso' que tienen en cuenta los otros componentes motivacionales dentro de la organización.

Dentro de las 'teorías de contenido', se considera el trabajo realizado por Maslow (1973), el cual propone una jerarquía de necesidades en las que el proceso de satisfacción comienza a iniciarse por aquellas necesidades de orden inferior, es decir, las necesidades fisiológicas y de seguridad, y culmina por satisfacer las superiores, las sociales, de estima y realización.

Alderfer (1993), conocedor del trabajo propuesto por Maslow, propone un nuevo modelo reduciendo a tres tipos de necesidades: existenciales, sociales, y de desarrollo organizacional.

Las 'teorías de proceso' nacen tras la consideración de que el estudio de las motivaciones individuales es insuficiente para comprender el comportamiento humano en la organización, no se insiste tanto en el análisis de la motivación a partir del individuo, sino a través de la satisfacción que llegan a los individuos a través de los grupos y los equipos de trabajo.

El proceso de determinar las expectativas organizacionales, se establece en términos de equilibrio-desequilibrio entre el individuo y la organización, ya que si *'existe falta de equidad para una persona cada vez que percibe como desigual la relación entre su contribución y sus resultados, en*

comparación con los resultados y contribuciones del otro' (Adams, 1963, p. 268, cit. en Pérez Rubio y Robina, 2003) el individuo tratará de reducir esta desigualdad, llegando incluso a producir menos si ha sido tratado injustamente, e incluso influyendo en otros para que disminuyan su ritmo de producción (Lawler, 1973).

Aunque también es cierto que el proceso motivacional puede iniciarse además a partir de las metas establecidas por la organización, ya que el trabajador se sentirá satisfecho con el nivel de ejecución alcanzado en función de que se acerque o no a sus propósitos (Locke, 1968). De ahí que la 'teoría del establecimiento de metas' sea considerada como una de las más influyentes en el ámbito de la motivación laboral, ya sea mediante la 'dirección por objetivos' o la 'administración por resultados' (Galofré Isart, 1997, p. 5356).

En esta línea Herzberg (1966), trató de explicar el comportamiento humano dentro de la organización haciendo incidencia en la autorrealización del empleado, en el sentido de que en el ámbito laboral el empleado trataría de alcanzar las expectativas planteadas por la organización.

En el trabajo de Merton (1968) se señaló que cualquier sistema burocrático compuesto por personas, manifiesta unas disfunciones adicionales cuyo origen se encuentra en la ausencia de mecanismos de incentivación. Para seguir profundizando en el análisis de la satisfacción laboral, es recomendable conocer los trabajos de Lucas (1981) y Pérez Rubio (1997), destacando la perspectiva de las relaciones sociales⁴ dentro de los procesos motivacionales.

1.2.2. Procesos grupales.

1.2.2.1. Grupos y equipos de trabajo en las organizaciones.

Si se parte de la concepción de organización como conjunto de personas que se reúnen para alcanzar metas que por sí solos no serían capaces de conseguir, se llegaría a la conclusión de que las organizaciones son instancias supraindividuales que afectan al comportamiento del individuo, y viceversa.

El trabajo en equipo trata de satisfacer las necesidades socioculturales de todos los miembros del grupo, conseguir la satisfacción personal, resolver conflictos, mejorar el clima o ambiente del grupo y generar una cultura organizativa sólida. Este trabajo en equipo se caracteriza por las peculiaridades de todo el grupo social: esto es, no la mera suma de los componentes del grupo, sino el espíritu o la conciencia colectiva del mismo; representaciones, ideas, creencias y simbología (Gómez Arboleya, 1998).

"Un grupo social consta de un determinado número de miembros quienes, para alcanzar un objetivo común (objetivo de grupo), se inscriben durante un período de tiempo prolongado en un proceso relativamente continuo

⁴ Al explicar la motivación a partir de las relaciones sociales que se generan dentro de la organización, se tiene que tomar en cuenta la satisfacción con: el salario, el tipo de trabajo, los empleados dependientes, los jefes, los compañeros, la organización del trabajo (Lucas, 1981), la importancia del rol y las expectativas de los trabajadores, la pertenencia social y de los grupos de referencia, las orientaciones sociales a partir de las relaciones sociales de producción y el contexto social y cultural -tipo de obrero, categoría profesional, etc.- (Pérez Rubio, 1997).

de comunicación e interacción y desarrollan un sentimiento de solidaridad (sentimiento de nosotros). Son necesarios un sistema de normas comunes y una distribución de tareas según una diferenciación de roles específica de cada grupo” (Morales Navarro y Abad Márquez, 1996 citado en Fernández Prados, 2000, p. 14).

En los grupos que forman parte de una organización, los individuos interactúan frecuentemente para conseguir los objetivos del grupo. Normalmente, se perciben a sí mismos como formando parte de un colectivo con los mismos objetivos satisfaciendo, además, sus necesidades individuales y sociales (necesidades de pertenencia, de seguridad, de reconocimiento, etc.). En general, comparten normas de conducta y valores, lo que contribuye a su cohesión, ocupan puestos interdependientes, actúan de forma similar a los otros miembros del grupo y tienden a reducir al máximo las diferencias interpersonales llegando a la convergencia, desarrollando un ‘sentimiento de solidaridad’, de ‘nosotros’ (Fernández Prados, 2000).

El grupo de trabajo se forma fundamentalmente para dar respuesta a necesidades de tipo técnico-económicas de la organización. Sin embargo, la armonía del grupo, necesaria para que éste funcione, depende de forma determinante de las relaciones humanas, sociales y emocionales, entre todos sus componentes.

La armonía del grupo y su cohesión se consigue mediante la reducción de las distancias sociales internas. En los miembros de un grupo de trabajo en armonía se genera una conciencia de grupo en torno a un objetivo común; y los participantes atribuyen a sus componentes cualidades positivas.

En este sentido el grupo ‘armónico’ cumple una doble función: por un lado facilita la consecución de los objetivos de la actividad del grupo y, por tanto, de la organización (los grupos se convierten en un medio eficaz para: realizar tareas, generar ideas o soluciones creativas, coordinar las funciones e integrar las tareas, resolver problemas, facilitar la implementación de soluciones complejas, ser medio de socialización canalizando normas, valores y creencias, y de comunicación, gestionando y controlando la información). Y, por otro lado, se hace frente a las relaciones sociales y emocionales de los individuos dentro del grupo (lo que supone satisfacer las necesidades de pertenencia y afiliación, que a su vez, proporciona sentido de identidad y estima, reduciendo la inseguridad entre los componentes del grupo, proporcionando legitimidad al grupo y fomentando la resolución de problemas).

A continuación, se ofrece un recorrido sobre las diferentes teorías que se han realizado sobre el trabajo en grupo desarrolladas principalmente dentro del ámbito de la sociología y de la psicología social. Estas son la teoría de Zajonc, la teoría de la productividad de los grupos de Steiner, la teoría de la carga social de Ringelmann, la teoría de campo de Lewin, la teoría de orientación sociométrica de Moreno y de orientación sistémica de Dunphy.

Según la teoría de Zajonc (1968) la mera presencia de otros es estimulante. Lo cual implica en el mundo laboral, que trabajar con otros facilita el trabajo cuando éste consiste en un trabajo bien aprendido o no muy

complejo y dificulta el trabajo cuando éste es complejo y no está bien aprendido.

Zajonc elaboró esta teoría a partir de experimentos realizados con insectos en los que se observaba cómo un grupo numeroso de ellos afectaba de forma diferente la conducta del insecto observado cuando éste tenía que huir por conductos sencillos o complejos. Aplicado al ser humano, la demostración típica de esta teoría es la de los records deportivos, los cuales se producen casi siempre de cara al público. Esto puede ser debido a que la presencia de otro tensiona porque pone en guardia y despierta los sentimientos competitivos.

Una de las preguntas clave para las organizaciones es la de cuándo realizar el trabajo en grupo y cuándo individualmente. Según Steiner (1972), existen cuatro tipos de tareas que requieren diferente organización del trabajo de grupo para obtener el máximo rendimiento que son las tareas aditivas, las conjuntas, las disyuntivas y las divisibles. Del mismo modo señala que conviene identificar los eslabones débiles de la cadena, sobre todo para tareas conjuntivas y divisibles, y actuar sobre ellos analizando y resolviendo el problema mediante formación, motivación o disciplina, según corresponda a cada caso.

La tercera de las teorías que se destaca dentro del estudio de los grupos de trabajo, es la teoría de la carga social desarrollada por Ringelmann (Kravitz y Martin, 1986). Según esta teoría, los individuos tienden a disminuir su esfuerzo individual cuanto mayor es el grupo. Para el autor las causas de un menor rendimiento en el grupo de trabajo son: 1) cuando los individuos aprovechan el esfuerzo de otros para su propio descanso; 2) cuando los grupos son numerosos y el individuo asume que hay otros que se aprovechan y eso le desmotiva, y 3) cuando la tensión frente al público se reduce al esconderse el individuo en el grupo.

La teoría de campo y la dinámica de grupos desarrollada por Lewin, por su parte, se basa en la concepción de que el trabajo individual no debe entenderse como fruto de la propia voluntad del individuo, sino más bien, como resultado de la relación dinámica que mantiene el individuo con la situación social más cercana, es decir, con el grupo (Fernández Prados, 2000). Es por ello que desde esta óptica, el comportamiento de los grupos de trabajo no puede ser explicado por la mera acción de cada uno de sus componentes sino por el conjunto de interacciones que se producen dentro de él. Por ello, y siguiendo con esta lógica, desde esta perspectiva lo que interesa es estudiar la dinámica de los grupos, identificando las fuerzas de cohesión y de inconsistencia por las que mantienen a los individuos dentro o fuera de los equipos de trabajo y las formas de autoridad que incitan al grupo a realizar o no las tareas.

Siguiendo con este mismo planteamiento, las teorías de orientación sociométrica iniciadas por Moreno (1961) y desarrolladas dentro del ámbito de la sociología, parten de la concepción indivisible entre persona y estructura social como elementos constitutivos de cualquier grupo humano de trabajo. Por tanto, desde esta perspectiva, se analiza lo psicosocial como una unidad de análisis con entidad propia centrada en el estudio de las relaciones sociales,

que se producen dentro del entorno laboral, tratando de medir: el grado en que las personas son integradas en la estructura del grupo; las relaciones existentes entre los individuos; y la estructura del grupo de trabajo.

Por último, dentro de las distintas teorías que se han desarrollado en las diferentes disciplinas sociales y que han tratado de caracterizar el comportamiento de los grupos de trabajo, cabe destacar los planteamientos formulados por Dunphy de orientación eminentemente sistémica (Huici Casal, 1989). Este autor considera a los grupos de trabajo como sistemas abiertos en constante interacción con el entorno, lo cual implica bajo esta concepción, que para conocer el funcionamiento de un grupo hay que focalizar la atención en el tipo de interrelación que mantiene el grupo de trabajo con el entorno social concreto donde se desarrolla.

Sea cual sea el planteamiento teórico del que se parta, e independientemente de la relevancia que se le dé a cualquiera de los elementos que forman parte de cualquier grupo de trabajo (individuos, estructura social, entorno, dinámicas grupales, etc.), en general, el trabajo en grupo difumina el esfuerzo individual cuando no están claramente definidos los objetivos de la organización y las responsabilidades individuales. Desde este punto de vista, es necesario medir el rendimiento individual permitiendo la autoevaluación y la implementación de estándares establecidos por la organización, pues de lo contrario la dinámica de los grupos de trabajo llevaría a la baja productividad.

Por ello, las organizaciones necesitan reducir la incertidumbre, motivo por el cual diseñan equipos de trabajo en los que sus componentes proceden de las más diversas áreas de conocimiento. El funcionamiento de los grupos y sus dinámicas internas producen en ocasiones distorsiones que llevan a decisiones inapropiadas. En este sentido, los experimentos de Asch (1951) demostraron que las personas son manipulables por las opiniones mayoritarias del grupo incluso cuando la realidad no es ambigua, lo cual puede ocasionar un mal funcionamiento del grupo.

Otros de los fenómenos que se estudian dentro del funcionamiento de los equipos de trabajo son la cooperación y la competición. En este sentido, los grupos tienden a ser competitivos. Son muchas las experiencias reales en organizaciones donde se premia el trabajo en grupo como medio para potenciar la creatividad y la productividad, aunque esta idea puede ser un inconveniente cuando los grupos comienzan la carrera por el podio utilizando las más variadas estratagemas para ocultar o manipular la información que sería de utilidad si existiese un espíritu de cooperación.

En las organizaciones públicas este fenómeno se ha producido con el complemento de productividad. En su origen, este complemento se dejó como un bien comunal. En el caso de la Administración Pública española, cada Ministerio delegó en cada Director General que hiciera uso de él como creyera oportuno. En el ámbito sanitario, este complemento se tradujo en *“aquel destinado a la remuneración del especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas”* (Díaz Ojeda, Navarro y Prados, 2005, p. 205), pero su aplicación generó una competencia entre unidades por ver quién usaba más el mismo,

sancionándose moralmente el ejercicio de la responsabilidad que trajo consigo desajustes considerables entre las diferentes comunidades autónomas. Con ello, el complemento se agotaba sin que existiese coherencia en su uso; de ahí que se introdujeran normas⁵ para su aplicación, que por cierto desnaturalizaron tal complemento.

Para evitar este mal empleo, es preciso implementar la comunicación racional en la organización, la regulación clara del consumo y la idea de que el interés colectivo (de la organización) está por encima del interés individual (en este caso del grupo).

No todo grupo es un equipo de trabajo y en este sentido, un equipo de trabajo debe de tener una identidad en torno a una meta, es decir, que cada miembro del equipo sea capaz de definir su objetivo colectivo y trabaje para lograrlo. El equipo debe estar compuesto por un número razonable de miembros que suele ser reducido para que exista mejor comunicación entre ellos. Por otro lado, todo equipo de trabajo debe de disponer de una organización interna, lo que supone disponer de un conjunto de normas de actuación, de criterios para la solución de conflictos y de un sistema de comunicación.

En el desarrollo del trabajo en equipo pueden emplearse una serie de técnicas que contribuyen a incrementar la calidad y productividad del equipo y potencian la creatividad del grupo basándose en la potenciación de la creatividad individual. Todo ello está directamente relacionado con los sistemas de comunicación.

1.2.2.2. Flujos y barreras de comunicación.

Existe toda una tradición en la literatura específica, en la que se considera la comunicación en la organización como un elemento clave para la mejora de la productividad en la misma (Farias, 2007).

Desde la perspectiva del Management Científico de Taylor, la 'comunicación' debe discurrir de manera vertical descendente, es decir, desde la cúspide de la organización hacia abajo.

Por su parte, los principales representantes de la Escuela de las Relaciones Humanas hacen hincapié en el flujo horizontal, es decir, en las relaciones entre iguales dentro de la estructura organizativa.

Desde los enfoques más modernos de la teoría organizativa no puede entenderse el flujo horizontal sin el vertical, concediéndose igual importancia a ambos.

⁵ Real Decreto –Ley 3/1987, de 11 de septiembre, sobre el régimen retributivo del personal estatutario; Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatuario de los servicios de salud; o la Resolución 682/03, de 28 de Julio, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud sobre el complemento de productividad, factor variable al rendimiento de personal.

En cualquier organización, para que funcione, es necesario comunicar objetivos, órdenes, formas de hacer, etc.; pero en las organizaciones públicas comunicar tiene especial interés, ya que:

-Las organizaciones públicas son macro-organizaciones en las que la transparencia y la coordinación tienen especial relevancia para que funcionen.

-La comunicación posibilita la resolución más ágil de los problemas y trámites organizativos.

-Las organizaciones públicas son más visibles que las organizaciones privadas. Las noticias que puedan ocurrir en lo público trascienden con rapidez y es frecuente que los miembros de una de estas organizaciones se enteren antes por los medios de comunicación social que por sus superiores. Ello origina desarraigo, desconfianza e incertidumbre.

Por ello, la comunicación es, ante todo, un vehículo para transmitir la cultura de la organización y, a la vez, un instrumento de cambio que permite introducir y difundir los nuevos valores y filosofía de gestión que acompaña la modernización de las instituciones en general y de la Administración Pública en particular.

En la Administración Pública, la diferenciación funcional y territorial, la alargada estructura jerárquica, la convivencia de los políticos y los técnicos y la multiplicidad de los objetivos son características propias de lo público que reclaman un esfuerzo suplementario en materia de comunicación.

Esta idiosincrasia en las organizaciones públicas, hace que el acto de comunicar pueda ser entendido como un acto de generar actitudes positivas hacia las políticas estratégicas de la organización, con el objeto de mejorar los resultados y conseguir las metas diseñadas.

Además de la comunicación formal, la comunicación interna de una organización desarrolla por sí sola una función motivadora y por tanto contribuye a lograr los objetivos estratégicos establecidos, del mismo modo que facilita el proceso de adopción de decisiones en la organización y mejora la imagen externa de la misma. Las personas son recursos costosos por lo que no se puede permitir que no sepan lo que se les pide ya que iría en contra del buen funcionamiento de la organización.

A nivel general y como ya se ha anticipado, en toda organización pueden distinguirse dos tipos de comunicación en función del grado de institucionalización de la misma. Por un lado, la comunicación formal que se transmite a través de los cauces formalizados de la organización, las estructuras jerárquicas y los medios oficiales; y por otro, la comunicación informal que complementa a la comunicación formal de la organización. Se produce mediante rumores, conversaciones de café, reuniones de ocio... Al igual que puede tener efectos beneficiosos para la organización, puede tener también efectos perjudiciales.

Por tanto, la comunicación es uno de los elementos importantes que hay que tener en cuenta en los equipos humanos de cualquier organización, donde

el flujo de la comunicación debe circular en todas las direcciones: vertical (ascendente y descendente) y horizontal.

En cuanto a la comunicación vertical, es decir, aquella que se establece entre los distintos grados jerárquicos de la organización, se puede distinguir aquella que es descendente y se produce cuando un superior transmite un mensaje a un colaborador. Katz y Kah (1993) distinguen cinco tipos: especificaciones de trabajo, explicación del sentido del trabajo, comunicación acerca de los procedimientos y prácticas organizativas, retroalimentación acerca del trabajo realizado y adoctrinamiento.

En conclusión, la comunicación descendente permite comunicar resultados y logros y hace comprender el funcionamiento de la organización, comunica los objetivos estratégicos, presta ayuda y apoyo a los distintos equipos humanos implicados en la organización y crea y difunde la cultura organizativa.

Por otro lado, se habla de comunicación vertical ascendente cuando el flujo de comunicación circula de abajo a arriba; es decir, los colaboradores transmiten información a los mandos superiores. Este planteamiento parte de la concepción de que los trabajadores son las personas que mejor conocen el trabajo que se desarrolla, y sus sugerencias y apreciaciones pueden ser de gran utilidad. En las organizaciones públicas, el contacto entre los políticos, preocupados por el entorno y por el cumplimiento de los objetivos de las políticas públicas, y los técnicos, que disponen de los datos, es necesario para llegar a una solución a los posibles problemas causados por la falta de comunicación dentro de la organización (Granell, Garaway y Malpica, 1997).

Además de la comunicación vertical, el segundo tipo de comunicación, en cuanto a la direccionalidad, es la comunicación horizontal. Este tipo de comunicación favorece un proyecto de participación y cohesión entre todos los miembros de los equipos humanos que conforman cualquier organización. La comunicación entre iguales y entre departamentos permite conocer las actividades que se desarrollan en otras partes de la organización y así comprender cuál es la naturaleza del trabajo que se realiza y se exige. Por otro lado, favorece y agiliza el flujo de información y el trabajo en equipos interdepartamentales encaminando a la organización hacia una gestión participativa.

Algunos autores sugieren la necesidad de arbitrar mecanismos estables dentro de la organización que posibilite la comunicación transversal, con los distintos niveles jerárquicos y entre los distintos departamentos (Martín, 1998).

En este tipo de comunicación, sólo son los mandos intermedios los que ostentan el protagonismo en el proceso de comunicar, ya que es a través de ellos por los que discurren todos los cauces de comunicación. La política de comunicación interna de la organización ha de invertir en la formación y preparación de estas personas y convertirlos en verdaderos comunicadores, ya que estos mandos intermedios son las personas que establecen el feedback entre directivos y colaboradores; trabajando en contacto con los colaboradores y los directivos; recibiendo las sugerencias y quejas de sus colaboradores; por tanto, deben de discriminar entre aquello que debe ser comunicado de abajo a

arriba y aquello que puede ser resuelto en su nivel; trasmite las órdenes y establece los objetivos operativos de su unidad debiendo para ello entender y adaptar el lenguaje y las situaciones; y por último motiva y anima al trabajo. En este sentido, los estilos de dirección, son un elemento clave en la dinámica de trabajo de la organización.

1.2.2.3. Principales estilos de dirección: análisis tradicional y enfoques modernos del liderazgo.

Además de los trabajadores y los mandos intermedios, el agente activo más importante de los cambios de la cultura organizacional es el directivo, bien se le considere de forma individual, o de forma colectiva. La cultura se crea en primera instancia por las acciones de los líderes; además, son los líderes los que implantan y vigorizan la cultura. En el caso de las instituciones públicas, estos directivos corresponden a cargos políticos, por lo que no siempre están sujetos a criterios de eficacia y eficiencia, sino que intervienen otro tipo de factores.

A lo largo de la historia de la administración de organizaciones públicas, se identifican diferentes modos de tratar los recursos humanos, de acuerdo con las capacidades de los directivos y también con el modo generalizado de interpretar la dirección y por supuesto como consecuencia de la situación política de cada momento. En este apartado se distinguen los principales prototipos de dirección que se han ido sucediendo en el mundo de las organizaciones; para ello se hace un recorrido en los distintos tipos de liderazgo que han ido desarrollándose.

Análisis tradicional

Weber identificó de manera magistral tres prototipos de liderazgo: carismático, autoritario y legal burocrático. Más adelante Lippit y White (1943) hacen una clasificación que divide a los líderes en: autoritarios, paternalistas, laissez-faire, democráticos y participativos.

Según este análisis, los grupos más eficaces tienen líderes autoritarios, pero su trabajo no alcanza la calidad que consiguen los grupos con líderes democráticos. Bajo este modelo de liderazgo autoritario, las relaciones entre los miembros del grupo cambian de forma clara, si se comparan los grupos con líderes paternalistas o democráticos.

Enfoques modernos de liderazgo

Recientemente se han acentuado otros aspectos de la conducta del líder, aunque moviéndose siempre en la matriz tipológica de Weber o de Lippit y White. En este sentido podemos encontrar:

-La dimensión de 'consideración' o grado en que el líder tiene en cuenta los sentimientos de los miembros del grupo. Ésta hace que se fomenten las relaciones personales y se permita la participación en la toma de decisiones (Ramos López, 2003).

-La dimensión de 'iniciativa para la estructura'. En este caso, el líder facilita y provoca las interacciones en el grupo que tienden a la obtención de las metas del mismo.

-Líderes 'centrados en los empleados' y 'líderes centrados en la producción', son dos clasificaciones parecidas a las anteriores (Daft y Steers, 1992).

La escuela humanista, por su parte, ha estudiado tipos de liderazgo, siguiendo la teoría de McGregor (Palomo, 2010). El líder que se inspira en la 'teoría X' se basa en modelos coercitivos, mecanicistas y económicos, ya que el trabajador no quiere trabajar ni quiere responsabilidades; se mueve por motivaciones crematísticas. En el caso de la 'teoría Y' se produce la integración de los intereses individuales con los objetivos de la organización. Los trabajadores se sienten realizados con las tareas que se les encomienda, son responsables, demuestran su capacidad y su experiencia; bajo este modelo, las exigencias económicas pasan a un segundo plano.

Desde la teoría clásica, se ha asignado al líder funciones como ejecutivo, organizador, estratega, experto, fuente de recompensas y castigos, árbitro y mediador; es decir, es entendido como sustituto de la responsabilidad individual y víctima propiciatoria.

En cambio, la teoría moderna pone el acento en las actividades del líder centradas en las personas que componen el grupo, provocando la autodirección de los individuos, el autocontrol y la responsabilidad en las tareas asignadas, de esta manera, el líder activa el desarrollo de la energía necesaria para que el grupo consiga los objetivos.

Tanto en la teoría clásica como en la moderna se contempla que en el líder recae la función de tomar decisiones dentro de los distintos grupos que componen la organización; es por ello que la toma de decisiones se ha considerado en la doctrina tradicional como el acto más importante de quienes han asumido la responsabilidad de gestionar una organización; bajo este contexto, se entiende la dirección como la cabeza a la que se atribuye la función de almacenar informaciones, procesarlas, evaluar contextos y adoptar decisiones.

Miller y Friesen (1984, 1993) asumiendo la concepción moderna del liderazgo, definen la organización como un sistema de decisión múltiple donde la toma de decisiones y el grado de autonomía que existe en las diferentes 'células' que integran la organización, son consideradas como dos de los indicadores más claros que caracterizan el tipo de organización en que nos encontramos actualmente.

Cuando una organización es entendida como un organismo, los miembros son concebidos como simples ejecutores de las decisiones

elaboradas en la cúspide organizacional. Bajo esta concepción, la organización parecerá un enjambre de abejas en el que cada miembro asume su tarea de forma mecánica; pero también es cierto que si la organización se aproxima al paradigma democrático, éste se asemejará a un equipo donde la toma de decisiones recaerá con mayor peso sobre todos los componentes de la organización.

En el contexto actual, la complejidad que se ha atribuido a la toma de decisiones ha fomentado la aparición de diferentes modelos, en los que puede inspirarse el gerente o administrador encargado de dirigir grupos de trabajo dentro de la organización:

1º Modelo normativo. Parte del presupuesto de que las acciones que guían el comportamiento humano dentro de la organización están guiadas bajo principios racionales, por tanto, permite cierto control y previsión sobre los efectos perseguidos.

2º Modelo descriptivo. Es el modelo asumido y desarrollado por muchas escuelas de gerencia, y parte de la premisa de que las soluciones óptimas, aquellas cuyo costo de recursos es cero, ante los problemas surgidos en la organización no tienen por qué ser la mejor opción. En este sentido, bajo este modelo se abandonan las soluciones óptimas eligiendo soluciones que reporten un buen resultado, un resultado que pueda ser considerado como satisfactorio.

3º Modelo mentalista (Argyris y Schon, 1974). Parte de la premisa de que las decisiones son tomadas de acuerdo a modelos mentales, que representan la percepción del entorno como 'abstracciones de la realidad'. De esta forma, la situación real, es entendida de forma distinta por las personas en función de sus expectativas.

4º Modelo comunicacional (Gouran e Hirokawa, 1983, 1986, 1996; Poole, Seibol y McPhee, 1996). Es un modelo desarrollado dentro de la sociología y las ciencias de la comunicación, que persigue analizar cómo la comunicación influye en el proceso de toma de decisiones de los grupos pequeños teniendo en cuenta el contexto donde se generan. Bajo este modelo, por tanto, la comunicación es un elemento central de análisis; se definen sus funciones y restricciones sociales y su influencia sobre las decisiones de los grupos.

Vroom y Yetton (1973) elaboraron un modelo para tipificar los diferentes modos de afrontar la toma de decisiones, entendida ésta como un proceso bipolar alrededor de los cuales giran las decisiones: la afirmación y el mantenimiento indiscutible del liderazgo, por un lado, y el grado en que se facilita o frena la autoimplicación (self-involvement) de los empleados.

Como se ha podido ver en este apartado, se han destacado los distintos procesos grupales que intervienen en los recursos humanos de las organizaciones. En el siguiente apartado se presentará el último de los procesos que se genera dentro de ellas, es decir, los procesos organizacionales centrando especial atención a la calidad institucional y ambiente grupal de trabajo.

1.2.3. Procesos organizacionales.

1.2.3.1. La cultura en las organizaciones.

Recientemente la bibliografía en torno a la cultura en la organizaciones ha aumentado de tal manera que hace imposible seguirlo en su totalidad (Olabuenaga, 2008).

La cultura de una organización comprende elementos tales como la distribución física de las oficinas de la organización o las reglas de interacción que se enseñan a los equipos humanos. Igualmente, los valores fundamentales que llegan a ser considerados como la ideología o la filosofía de la organización, y las categorías conceptuales y presunciones subyacentes que permiten a la gente comunicar e interpretar los acontecimientos de cada día (Schein, 1978). En definitiva, se puede decir que la cultura explica la organización, en el sentido de que la cultura contiene todas las respuestas a las grandes cuestiones con que se enfrenta la organización. Es por ello que las organizaciones con culturas fuertes son consideradas como organizaciones con más posibilidades de éxito que las que no tienen tal fortaleza. Un ejemplo de la importancia de la cultura en las organizaciones públicas es la dificultad que existe para que se implementen mejoras en unidades en las que se detectan problemas de gestión. Estos problemas de ejecución de mejoras en las organizaciones públicas tienen su razón de ser, normalmente, en la presencia de otra asunción burocrática: la jerarquía. Si no se ordena la mejora, ésta no se implementa.

El concepto de cultura elaborado por Schein consiste en unas pautas de asunciones básicas que han funcionado lo suficientemente bien como para ser consideradas válidas y, por ello, son enseñadas a los nuevos miembros de la organización como la vía correcta de percibir, pensar, sentir y actuar en relación a dichos problemas.

Del mismo modo este autor, distingue tres niveles de cultura. El primero de ellos haría referencia a las producciones y creaciones de la organización y estaría constituido por los medios instrumentales, elementos físicos, etc., que componen las pautas de comportamiento habitual entre los miembros de la organización.

El segundo nivel correspondería a los valores, las ideas de cómo deben ser las cosas y cómo debe actuarse en cada momento. Ante una situación nueva en la organización la idea de una persona, generalmente el líder, tendrá la jerarquía de valor porque no existe un principio aceptado para determinar lo que es fáctico y real. Si este valor es congruente con las presunciones subyacentes llegará a ser interiorizado por los miembros de la organización, siempre que además haya demostrado su éxito, y se convertirá en una asunción básica y, por tanto, en esencia de la cultura.

El tercer nivel vendría representado por las presunciones básicas o creencias no pensadas que actúan a un nivel latente. Las creencias constitutivas de la cultura no se limitan a los aspectos humanos de la organización sino a todas las dimensiones de la vida de la organización. Cuando la solución a un problema sirve a lo largo del tiempo y demuestra su éxito, queda arraigada en el grupo de modo que se trasmite y se muestra como inmutable.

El conocimiento de la cultura de una organización permite descifrar y predecir el comportamiento de dicha organización. Para Schein, la cultura auxilia a dar respuestas a dos problemas con los que se enfrenta toda organización. El primero de ellos sería el de la adaptación al entorno: cada organización debe desarrollar una misión, unos objetivos y unas líneas estratégicas para llegar a ellos, unos sistemas adecuados de trabajo, mecanismos de coordinación y control. La solidez de las respuestas que la organización dé a los requerimientos del entorno dependerá, en buena medida, del grado de comprensión y de identificación de los individuos con su organización, pero sobre todo dependerá de la capacidad de lectura de la realidad y de la capacidad de sistematización de lo observado, y esto depende de los valores con los que la organización funcione, en suma, de las claves con las que descifre la realidad. El segundo de ellos sería la integración interna: cada organización debe desarrollar unas formas de actuación, unos valores, unos sistemas de recompensa, un lenguaje y unos criterios sobre las características de las personas que deberán incorporarse a la organización, que sean comunes y permitan a todos comunicarse y analizar la realidad desde los mismos parámetros. En suma, toda organización debe tener una visión de sí misma y de su gente.

En el caso de las instituciones públicas, concretamente el de las Administraciones Públicas, la cultura organizacional se caracteriza por su contingencia y su historicidad, ya que su conformación depende de la cultura de un país, de la evolución social y de la situación política; pero, además, la cultura se detecta por las respuestas que la organización dé a las demandas del entorno, un entorno que actualmente se caracteriza por sus vertiginosos cambios: la integración europea, el proceso de descentralización territorial, la globalización de los mercados, los cambios demográficos, la crisis económica, la generalización del uso de las nuevas tecnologías, la variación e incremento de las demandas y exigencias de los ciudadanos, son algunos de los factores responsables de que el entorno de las Administraciones Públicas esté cada vez más dominado por las turbulencias.

Pese a las circunstancias actuales, Quinn y McGrath (1992) dicen que existen cuatro modelos de organizaciones que han tenido éxito a lo largo de los últimos cien años en la teoría y en la práctica. La primera de ellas sería la 'adhocracia' responsable. Su fuerza central está en que facilita la adaptabilidad y el cambio. Pone mucho énfasis en la innovación y la creatividad, en hacer cosas que nunca se habían hecho antes. Los empleados no son controlados sino inspirados sobre el cómo hacer las cosas. Son parte de un colectivo que intenta hacer algo de gran importancia y están fuertemente motivados.

El segundo de los modelos es denominado 'compañía racional'. El sistema organizativo es visto aquí como una herramienta económicamente racional con un gran énfasis en la producción y el beneficio. Este modelo asume que la claridad en los objetivos implica acciones productivas. Se clarifican las tareas, se definen objetivos y se ejecutan las acciones. Si los empleados rinden adecuadamente son premiados económicamente. Una figura con autoridad definida les marca el camino e instruye. Se valoran ante todo los valores claros y los objetivos a corto plazo.

El tercero sería la 'jerarquía estable'. Su fuerza reside en que la jerarquía proporciona estabilidad y certidumbre. En una jerarquía hay un gran énfasis en la medición. Los empleados tienen papeles bien definidos y se espera que sigan las reglas que definen lo que deberían hacer. El mayor premio por los esfuerzos es la seguridad en el puesto. Estas organizaciones funcionan mejor cuando la tarea está bien comprendida y cuando el tiempo no es un factor que cuente esencialmente.

Por último, estaría el modelo del 'equipo que coopera'. El énfasis en este modelo está en los recursos humanos y en el desarrollo de la entrega, la participación en la toma de decisiones y la puesta en común de la información. Los empleados no son vistos como individuos aislados sino como miembros que cooperan en torno a un sistema social con una visión común de lo que ocurre. Este grupo cultural se caracteriza por un fuerte sentido de pertenencia.

Según Olabuenaga, la reformulación académica en torno a la cultura de la organización, ha estado muy vinculada al concepto de productividad en la empresa, y nos pone como manifestación de ese vínculo lo sucedido en la crisis de los años setenta entre dos líderes de la productividad industrial: USA, poseedor de grandes niveles de recursos, y Japón, que pese a no tener los mismos recursos fue capaz de alcanzar un mayor desarrollo industrial a partir de instaurar un sistema de valores encaminados a crear empresas excelentes.

Este sistema de valores que comprenderían la cultura de la organización, según este autor, puede ser analizado principalmente desde dos perspectivas teóricas: desde el funcionalismo y desde la perspectiva crítica (ver Tabla 3).

Tabla 3.*Perspectivas teóricas de la cultura organizacional.*

Concepción	Funcionalista	Crítica
	Substancialista: cualidad o atributo inherente a la organización	Procesual: Construcción social por parte de los actores
Cultura	Unitaria: como mecanismo totalizador para garantizar la eficacia empresarial	Pluralista: culturas, subculturas y contraculturas conflictivas entre sí.
Funciones	Simbólicas, identificadoras Instrumentales.	Funciones ideológicas de los objetos culturales como mecanismos de control
Principios básicos	Economicidad, subsidiariedad, unicidad y liderazgo	Equilibrio, compromiso y reconocimiento mutuo
Liderazgo	Objetivo: orientado a fines	Interpretativo: construcción social de la legitimidad, orden preestablecido, movilidad social para los no líderes.
Cambio	Norma Sólo cuando hay una disfunción	Consenso Procesos sociales de creación de sentido
Autores	Vertical: desde arriba hacia abajo Parsons (1960), Hofstede (1980, 1999), Ouchi (1981), Schein (1985), Kouzes y Posner (1987), Meek (1988), Allaire y Firsirotu (1992), Abravanel (1992), Hersey, Blanchard y Johnson (2001), Díez (2001), Lucas y García (2002), etc.	Vertical desde abajo hacia arriba y horizontal Berghe (1963), Dahrendorf (1962), Weick (1979, 1995, 2001), Callon (1986), Latour (1987), Meek (1988), Rorty (1990), Abravanel (1992), Law (1994), Farmer (1995), Fox y Miller (1995), Morgan (1997), McSwite (1997), Moufee (1999), Díez (2001), Grey y Willmott (2002), Reina (2012), Crojethovic (2012)

Independientemente de la perspectiva de la que se parta, todo cambio en los procesos, sistemas, estructuras o recursos humanos de la organización que vayan contra la cultura de la misma están condenados al fracaso, ya que la cultura ejerce influencia en cómo los miembros se interrelacionan dentro de la organización en sus ambientes grupales de trabajo y con el exterior.

Así pues, la cultura de una organización puede ser cambiada, pero ello exige tiempo, liderazgo, coherencia, éxito y reforzamiento. Además, la cultura supone el aprendizaje y la transmisión de valores, conocimientos y patrones de comportamiento a lo largo de un período largo de tiempo. Ello implica que la cultura de una organización es un elemento bastante estable en el tiempo y no puede ser modificado con rapidez.

Estudiar la cultura de una organización, por tanto, implica inevitablemente estudiar cuáles son los valores individuales y colectivos de las personas que la conforman y en especial cuáles son los valores de los líderes y cómo influyen estos valores en los sistemas de liderazgo. Por ello, hay que tener en cuenta que la cultura determina la forma de ejercer el liderazgo y que la cultura es un mecanismo autorregulador del poder. Pero a su vez el liderazgo moldea la cultura de una organización y crea cultura. Precisamente una de las funciones del liderazgo en las organizaciones actuales es crear, mantener, fortalecer y dirigir con eficacia la cultura de modo que pueda asegurarse que los individuos y los grupos que pertenezcan a una organización acepten y asuman como propios los valores de la organización (Rodríguez Fernández, 1995).

Si esto tiene importancia en las organizaciones en general, es porque, en función de los valores y las asunciones básicas que las personas tienen, así actúan. En las organizaciones públicas tiene especial relevancia por considerarse servidoras del interés general y legitimadoras (por medio de la eficacia, la eficiencia, la garantía de los derechos, etc.) del sistema. La cultura de las organizaciones no es algo que se regule mediante el mercado; el mercado no decide qué valores funcionan o no en las organizaciones. Por ello, una inadecuada cultura puede pervivir en este tipo de organizaciones, dado su contenido institucional, sin que la organización esté en peligro de supervivencia; sin embargo, su acción colectiva y su servicio al interés general sí que pueden estar siendo deteriorados por dicha inadecuada asunción de valores.

Hoy en día, convendría detenerse en este punto e indagar cuál ha sido, es y puede ser el proceso de implementación de una 'cultura modernizadora'. También sería necesario diseñar instrumentos que puedan ayudar a conocer los componentes de la cultura, los valores y la dimensión ética de la organización, entendidos como recursos cuyo desarrollo puede ser planificado y organizado.

En la gestión de las sistema de valores y normas en organizaciones actuales encaminados a conseguir una cultura que facilite la consecución de objetivos para la que fue creada, se destaca la emergencia de dos tendencias contradictorias: una encaminada a rehumanizar el ambiente grupal de trabajo y otra caracterizada por la implementación de sistemas de control, llegando a la conclusión de que un sistema intermedio sería el idóneo para aumentar la efectividad y la eficacia en las organizaciones de cara a mejorar el funcionamiento de las instituciones de carácter público y potenciar la calidad de los servicios que presta.

1.2.3.2. El ambiente social organizacional.

Otro de los aspectos que se toman en cuenta dentro de los procesos organizacionales es el 'ambiente social organizacional', que es entendido como las propiedades habituales, típicas o características de un ambiente organizativo y de su naturaleza según es percibida y sentida por los miembros de la organización.

La búsqueda de un ambiente organizacional adecuado es una de las prioridades de las organizaciones modernas. Un adecuado ambiente permite una mayor productividad, satisfacción y permanencia de sus componentes. Ahora bien, conocer si existe o no tal ambiente requiere una medición y análisis de los datos obtenidos. Para ello, se usan estadísticas de cómo se perciben los rasgos esenciales de la organización y qué se echa en falta en relación a ellos.

No existe una receta única para caracterizar al ambiente organizacional, pues cada entorno exige un ambiente peculiar dentro de los límites razonables; no obstante, está demostrado que el ambiente afecta a la satisfacción de los miembros de la organización, proporciona o impide la transmisión de la energía social necesaria para el adecuado funcionamiento de la organización y expresa estilos de liderazgo. Los resultados obtenidos de las encuestas de ambiente laboral muestran cuáles son los puntos fuertes y débiles de la organización para que, a partir de estos datos, se puedan adoptar planes de acción y retroalimentar a los empleados (Berges, 1992).

Es por ello que en los últimos 20 años ha surgido un nuevo pensamiento dentro del estudio de las organizaciones encaminado a describir el ambiente social interno en la organización en el cual se institucionalizan y refuerzan las normas y estándares de la organización (Kast y Rosenzweig, 1992). Este ambiente interno se refiere a las características o propiedades del 'ambiente social de la organización' y puede ser visto como la personalidad de la organización (Zancudo, 1996).

El 'ambiente social de la organización' es un fenómeno desarrollado principalmente dentro de la sociología y la psicología social al tener una doble dimensionalidad (individual y social): por un lado el individuo es el que crea a diario el ambiente de trabajo en la organización; pero una vez creado adquiere una dimensión social que excede y condiciona a los propios individuos que lo han generado y permanece en la organización (Casas, Repullo, Lorenzo y Cañas, 2002).

El 'ambiente social de la organización' es la atmósfera prevaleciente que experimentan los miembros de una organización, fomentando la acción y el trabajo positivo, y manteniendo la motivación y el alto rendimiento de sus miembros (de la Torre, 2000).

En el estudio del 'ambiente social de la organización' aplicado al ámbito del trabajo algunos autores estudian la relación entre el ambiente social y la satisfacción laboral (Brunet, 2004; Locke, 1976; Locke y Latham, 1984), justificando la relación existente entre el ambiente grupal de trabajo y la satisfacción laboral del equipo humano con la productividad (Salgado, Remeseiro e Iglesias, 1996).

Otras investigaciones relacionan el ambiente y la conducta de liderazgo (Schein, 1985), la satisfacción y el compromiso con la organización (Mathieu y Zajac, 1990), la satisfacción, el absentismo laboral y la rotación del personal, (Porter, Steers, Mowday y Boulian, 1974), la satisfacción y el rendimiento (Petty, McGee y Cavender, 1984).

El inicio y el desarrollo del concepto 'ambiente social organizacional'⁶ comienza en la década de los treinta (Lewin, 1951; Lewin, Lippit y White, 1939) aunque no existe un consenso en cuanto a su significado y utilidad.

No hay un alto consenso en cuanto a los principales componentes del 'ambiente organizacional'. En este sentido, la literatura especializada ofrece diferentes propuestas en función del número de componentes o factores principales del concepto. Así, por ejemplo, existen propuestas que identifican tres componentes -Claridad, Apoyo y Desafío (Perry, LeMay, Rodway, Tracy y Galer, 2005; Stringer, 2002); cuatro -Autoridad, Eficiencia, Innovación y Adaptación (Payne y Mansfield, 1978); seis -Claridad Organizacional, Recompensas, Decisiones, Liderazgo, Interacción Social y Apertura (Gómez, 2004); siete -Capacidad, Reconocimiento, Organización Interna, Satisfacción, Información Recibida, Conocimiento de los Objetivos de la Dirección y Receptividad de la Dirección (García, Moro y Medina, 2010); ocho -Autoridad, Motivación, Comunicación, Influencia, Decisión, Planificación, Control y Rendimiento (Likert, 1967); nueve -Estructura, Responsabilidad, Recompensa, Desafío, Relaciones, Cooperación, Estándares, Conflicto e Identidad (Litwin y Stringer, 1999⁷); diez -Implicación, Cohesión, Apoyo, Autonomía, Organización, Presión, Claridad, Control, Innovación y Comodidad (Brunet, 2004; Moran y Volkwein, 1992; Steers, 1977; Moos e Insel, 1974); once -Relación con Superiores, Ambiente de Trabajo, Deseo de Cambios, Satisfacción Laboral, Calidad de la Atención, Eficiencia, Comunicación y Apoyo, Oportunidades de Capacitación, Horario Flexible, Satisfacción con prestaciones y Estrés por el Trabajo (Rojas, Tirado, Pacheco, Escamilla y López, 2011); o doce componentes -Conflicto en el Trabajo, Trabajo en Equipo, Percepción del Fracaso, Cohesión, Exceso de Autonomía, Dirección Autoritaria, Tensión Enfermería - Médico, Cooperación Multiprofesional, Vida Social Compartida, Vida Social no Compartida, Protocolización del Trabajo y Marginalidad (Delgado, Reeves y Follett, 2006).

De entre todas las propuestas encontradas, destacan las que a continuación se presentan: Moos e Insel (1974) en su modelo concretan como principales aspectos del ambiente organizacional: 1) implicación: hasta qué punto los empleados se sienten involucrados en su trabajo; 2) cohesión: basada en las relaciones de amistad y apoyo en que viven los trabajadores entre sí; 3) apoyo: que se refiere al grado en que la dirección de la organización apoya las actuaciones de sus empleados; 4) autonomía: se refiere al grado en que la organización anima a sus empleados a ser independientes y a tomar sus decisiones; 5) organización: se refiere al punto en el que el ambiente

⁶ En psicología social, este concepto es conocido por clima organizacional. La mayoría de los intentos por determinar los principales componentes del clima organizacional han sido elaborados a partir de métodos estadísticos para apoyar empíricamente los modelos teóricos preestablecidos. Este concepto es rescatado y reconceptualizado en la sociología; ya lo podemos encontrar en algunos manuales de sociología de las organizaciones como por ejemplo en el manual de Olabuenaga (2008), concretamente en el capítulo 9 de su obra.

⁷ La adaptación y aplicación de este modelo al ámbito sanitario lo podemos ver en el trabajo de Noboa (2007).

estimula la planificación y la eficacia del trabajo; 6) presión: se basa en la influencia que ejerce la dirección sobre sus empleados para que lleven a cabo su trabajo; 7) claridad: señala hasta qué punto los reglamentos y las políticas de la organización se explicitan a los trabajadores; 8) control: se refiere a los reglamentos y a las presiones que puede utilizar la dirección para tener vigilados a los empleados; 9) innovación: referida a la importancia que da la dirección de la organización al cambio y a las nuevas formas de llevar a cabo su trabajo; 10) comodidad: hace referencia a los esfuerzos que realiza la dirección para crear un ambiente físico sano y agradable para sus empleados.

Torrecilla (2005) señala que el ambiente organizacional está compuesto por un grupo de variables que en su conjunto ofrecen una visión global de la organización y aportan información de procesos específicos que tienen lugar dentro de la organización tales como el poder, el liderazgo, el conflicto o las comunicaciones.

Stringer (2002)⁸, señala tres dimensiones clave: 1) claridad: un ambiente genera claridad cuando el grupo sabe cuáles son sus funciones y responsabilidad en la organización en su conjunto, 2) apoyo: en un ambiente de apoyo, los miembros del personal piensan que cuentan con los recursos y el respaldo que necesitan para lograr los objetivos del grupo de trabajo, y 3) desafío: un ambiente de retos ofrece a los integrantes del grupo oportunidades para aprovechar al máximo su capacidad, tomar riesgos razonables para resolver problemas y descubrir nuevas formas de trabajar.

Olabuenaga (2008), destaca 6 dimensiones principales en su concepto de ambiente organizacional: 1) estructura: entendida como el conjunto de reglas, obligaciones y funciones no delimitadas que guardan relación con la descentralización del poder; 2) responsabilidad individual: entendido como el sentimiento de autonomía; todos los miembros cumplen su labor individual de manera eficiente; 3) remuneración: hace referencia a la percepción de equidad, es decir, que no hay favoritismos ni desigualdades en los pagos; 4) riesgo y toma de decisiones: percepción de reto y riesgo junto con la confianza de tomar decisiones; 5) apoyo: vinculado al sentimiento de apoyo, al trabajo grupal para poder cumplir los objetivos; y por último, 6) tolerancia al conflicto: que está relacionado con la tolerancia en general y con la capacidad por parte de la organización de solucionar los problemas con los empleados.

Todos los modelos teóricos y empíricos señalados anteriormente son de suma importancia para determinar aquellos aspectos importantes que hay que tener en cuenta para el estudio del ambiente social organizacional ya que, en los miembros de la organización, un buen ambiente tiene consecuencias positivas (logro, afiliación, poder, productividad, satisfacción, adaptación, innovación, mejoras, etc.) y un mal ambiente, consecuencias negativas

⁸ La adaptación de este modelo teórico fue llevada a cabo por Perry et al. (2005) en instituciones sanitarias, llegando a la conclusión de que estas tres dimensiones son necesarias para mejorar el desempeño del trabajo y lograr mejores resultados en cuanto a la atención de la salud. En este sentido, los autores incorporan dos elementos importantes del ambiente organizacional, 'la productividad' y la 'calidad', pero no lo incluyen dentro del modelo teórico como elementos importantes del ambiente grupal de trabajo al considerarlo como producto del funcionamiento de dicho ambiente grupal.

(inadaptación, ausentismo, ineficiencia, marginalidad, estrés, desmotivación, poca productividad, etc.).

Por tanto, dentro de los procesos organizacionales, hemos señalado por una parte la cultura en las organizaciones, y por otra el ambiente social en las organizaciones. Aunque lo hemos presentado por separado, debido a que se trata de cuestiones claramente diferenciadoras, algunos autores establecen una relación entre ambos procesos, que se presenta en la Tabla 4.

Tabla 4.

Relación entre cultura y ambiente social (adaptado de Metodología para el estudio del clima organizacional' por el Ministerio de Salud de Perú (2009, p. 20).

Cultura en la organización	Ambiente social en la organización
Conjunto de valores y creencias que comparten los miembros de una organización	Percepciones que los miembros de la organización tienen respecto a las estructuras y los procesos de su ambiente
Visión histórica (longitudinal), es duradera, permanece en el tiempo	Visión instantánea (transversal), posee un carácter temporal
Influencias externas e internas de la organización	Influencias internas: de un contexto determinado
Antecede y fundamenta el ambiente social	Influye directamente en las actividades de la organización
Medición cualitativa (entrevistas en profundidad, trabajo de campo, grupos de discusión)	Medición cuantitativa (encuesta, escala)
Tradición Sociológica y Antropológica	Tradición Psicológica y Sociológica

1.3. Principales conclusiones y síntesis del capítulo.

El capítulo expuesto trata de ofrecer una visión panorámica de las organizaciones y su entorno en aras de poder sentar las bases teóricas del presente trabajo de investigación.

Para ello en un primer momento abordamos el concepto de organización destacando su carácter interdisciplinar y los elementos fundamentales que lo delimitan.

A continuación, realizamos un repaso por las principales teorías de la organización y sus principales enfoques (clásico, moderno y contemporáneo) destacando la importancia de las teorías institucionales a la hora de tratar de analizar el comportamiento de las organizaciones y poder estructurar la relación existente entre la calidad y las organizaciones actuales.

Una vez delimitado tanto el concepto de organización como sus principales perspectivas teóricas, en el siguiente grado de concreción, se trató de determinar los principales procesos que se desarrollan en la organización, concretamente aquellos directa o indirectamente relacionados con el componente humano de la organización, es decir, procesos individuales, grupales y organizacionales.

Entre los procesos individuales que se desarrollan dentro de la organización, hemos hecho especial hincapié en la motivación y la satisfacción en las organizaciones, así como en la importancia de sus modelos explicativos.

En los procesos grupales, se han destacado principalmente los grupos y equipos de trabajo en las organizaciones, los flujos y las barreras de comunicación, así como los principales estilos de dirección que se producen en el seno de la organización.

Por último, se han determinado los principales procesos a nivel organizacional, concretamente la cultura en las organizaciones y el ambiente social de la organización, destacando las principales diferencias y relaciones que guardan ambos procesos.

A continuación, tratando de profundizar y acotar con mayor precisión esta primera parte teórica de la presente tesis doctoral, se procederá a concretar los principales modelos teóricos, ámbitos de aplicación y dimensiones del concepto 'calidad institucional'.

CAPÍTULO 2.
CALIDAD INSTITUCIONAL EN ORGANIZACIONES.

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

2.- Calidad institucional en organizaciones	39
2.1. Revisión de la literatura: aproximación teórico conceptual a la calidad institucional.....	39
2.1.1. Principales modelos teóricos	40
2.2.1.1. Teorías económicas de la calidad institucional	41
2.2.1.2. Teorías políticas de la calidad institucional	42
2.2.1.3. Teorías socioculturales de la calidad institucional	42
2.2.1.4. Teorías institucionales de la calidad institucional	44
2.2.2. Principales ámbitos de aplicación	49
2.1.3 Principales dimensiones da la calidad institucional.....	50
2.1.3.1. Calidad institucional entendida como gobernabilidad.....	50
2.1.3.2. Calidad institucional entendida como parte del proceso productivo.....	52
2.1.3.3. Calidad institucional entendida como proceso integral de la institución.....	54
2.1.3.3. 1. Modelo Deming.....	54
2.1.3.3. 2. Modelo Malcom Baldrige	55
2.1.3.3. 3. Modelo Europeo de Gestión de Calidad	56
2.2. Principales conclusiones y síntesis del capítulo	58

2. Calidad institucional en organizaciones.

2.1. Revisión de la literatura: aproximación teórico-conceptual a la calidad institucional.

En los últimos años, está proliferando un gran número de trabajos, tanto en el ámbito académico como en el empresarial, cuyo principal propósito es acercarse al concepto 'calidad institucional' desde diferentes perspectivas interdisciplinarias. Existe un gran número de definiciones, aunque en términos generales '*La institución representa un orden social o propiedad, un patrón social que revela un particular uso de reproducción*' (Jepperson, 1991, p. 145). En este sentido habría que orientar el término de calidad y entenderla como propiedad o patrón social de comportamiento que adquiere cualquier institución en aras de mejorar su funcionamiento.

Aunque no se puede hablar de consenso, algunos autores consideran que pueden distinguirse dos líneas de investigación claramente diferenciadas (Aixalá y Fabro, 2008a): una de ellas encaminada a determinar las relaciones causales entre la infraestructura institucional y el crecimiento económico (e.g., por orden cronológico, Mauro, 1995; Knack y Keefer, 1995; Barro, 1996; Kaufmann, Kraay y Zoido-Lobaton, 1999a; Aron, 2000; Dawson, 2003; Breton, 2004; Rigobon y Rodrik, 2004; Rozas y Sánchez, 2005; Icart y Baltar, 2010; Fleitas, Rius, Román y Willebald, 2011; Araoz, 2013; Gantman, y Dabós, 2013) y una segunda línea centrada más en indagar acerca de las causas por las cuales la calidad institucional varía entre países (e.g., por orden cronológico, Alesina y Perotti, 1996; La Porta, López de Silanes, Sheifer y Vishny, 1999; Chong y Zanforlin, 2000; Kaufmann y Kraay, 2002; Islam y Montenegro, 2002; Easterly y Levine, 2003; Borner, Bodmer y Kobler, 2004; Pastó y Esteban, 2008; Alonso y Garcimartín, 2011).

Sin embargo a la hora de intentar delimitar el término 'calidad institucional', no se encuentra una definición comúnmente aceptada en la literatura especializada; así pues, algunos autores la identifican con una de las dimensiones de la política institucional encaminada a mejorar la gestión de los gobiernos, destacando aspectos tan importantes como el nivel de corrupción, el grado de cumplimiento de la ley y el orden, el nivel de respeto a los derechos civiles y políticos (Mauro, 1995), el nivel medio de ingresos per cápita de sus ciudadanos, su sistema impositivo y educativo (Alonso y Garcimartín, 2011); y otros trabajos que abordan el concepto desde una perspectiva operativa centrando sus esfuerzos en la medición del concepto como los 'indicadores agregados de gobernabilidad' (Kaufmann, 1999a), o el 'índice de calidad institucional' (Krause, 2009; 2011 y 2013), y en las implicaciones causales que tienen sobre los diferentes ámbitos de la sociedad (Bethell, 1998; De Soto, 2000, 2002; Hall, 1985; Jones, 1981; Krause, 2008; North, 1981; Landes, 1998; North y Thomas, 1973; Olson, 1982; Roll y Talbott, 2003; Rosenberg y Birdzell, 1986; Scully, 1988; Werner, 1988).

En definitiva, tal y como afirman algunos expertos en la materia (Alesina y Perotti, 1996; Acemoglu, Johnson y Robinson, 2001; Grönroos, 1983; Islam y Montenegro, 2002; Kaufmann y Kraay, 2002; Rodrik, Subramanian y Trebbi

,2002), no se encuentra una definición comúnmente aceptada del término 'calidad institucional' debido principalmente a que se trata de un concepto polisémico, es decir, que encierra diferentes significados en base a su uso. Además, como señalan Straface y Page (2009) existe un problema añadido que tiene que ver con la traducción del concepto ya que se habla de calidad institucional, como calidad de gobierno, buen gobierno, desarrollo institucional o incluso calidad de gobernabilidad.

Desde una perspectiva puramente propedéutica, una de las principales recomendaciones que guían el desarrollo de cualquier actividad investigadora, en este caso la presente tesis doctoral, parte del intento por conocer la mayor parte de la literatura existente acerca de la temática que se va a desarrollar.

En este sentido, una de las principales razones por las que realizar una revisión obedece al intento de integrar eficientemente información válida cuando ésta es imposible de manejar debido al gran volumen de información encontrada (Egger, Smith y Altman, 2001); situación que trae consigo problemas tanto de carácter cuantitativo, ya que es imposible acceder y revisar a fondo todo lo que se publica sobre una temática concreta, como de carácter cualitativo al dificultarse la labor analítica que permita ofrecer evidencias acerca de la utilidad del conocimiento nuevo aportado (González y Buñuel, 2006).

Teniendo en cuenta estas consideraciones previas, en esta parte del trabajo se realiza este estudio revisando la literatura existente como un intento de aproximarse a la 'calidad institucional'. Para ello se analizan artículos de la literatura especializada con la intención de obtener información relevante y válida que permita por un lado ampliar conocimiento acerca del marco teórico referencial donde ha surgido y se ha desarrollado el concepto, y por otro conocer los principales abordajes metodológicos que han permitido desarrollar estrategias y herramientas cognitivas para sistematizarlo y operacionalizarlo.

En los anexos I, II y III, se especifican las bases de datos utilizadas para la revisión de la literatura; los criterios de inclusión y exclusión de los archivos revisados y un estudio bibliométrico de los contenidos de los trabajos realizados respecto a modelo teórico, objetivo de los trabajos ámbitos de aplicación y síntesis de la metodología y resultados obtenidos (Lozano, Pérez, Sanduvete, Sánchez y Chacón, 2009)

A continuación, se presentan resumidamente los principales contenidos de trabajo revisados respecto a los modelos teóricos existentes, sus ámbitos de aplicación y las principales dimensiones de calidad a considerar.

2.1.1. Principales modelos teóricos.

Las principales aportaciones teóricas acerca de la calidad institucional han sido desarrolladas por economistas, historiadores, sociólogos y politólogos los cuales han sugerido que, para poder establecer los principales determinantes de la calidad institucional, hay que tener en cuenta factores de tipo histórico, político, económico, y cultural (Aixalá, y Fabro, 2008b; Aixalá, Fabro y Simón, 2004; La Porta et al., 1999).

A la hora de indagar en la literatura, no son muchos los artículos o trabajos de investigación publicados que traten la 'calidad institucional' como tema central de investigación, si bien es cierto que se encuentra un mayor número de literatura encargada de definir las mejoras, la gestión y la evaluación de la calidad sobre todo en literatura anglosajona (*quality improvement, quality management, quality assessment*), que aportan escaso contenido a nivel teórico debido a su carácter eminentemente aplicado.

Pese a esta limitación, se ha tratado de describir las principales teorías sobre la calidad institucional, dependiendo del prisma o área de conocimiento donde se han generado y desarrollado; estas son las teorías económicas, políticas, socioculturales e institucionales sobre la calidad.

A este respecto, cabe destacar que se dedicará un mayor grado de profundización a la última de las teorías, debido a que se ajusta de manera más plausible a la aplicación de la parte empírica de la presente tesis doctoral.

2.1.1.1. Teorías económicas de la calidad institucional.

Hasta finales de los años 80, se creía que el crecimiento económico dependía fundamentalmente de la gestión racional del capital físico, financiero, tecnológico y humano, como operación técnica al alcance de cualquier régimen político e institución.

Según esta concepción, la calidad de las instituciones estaría directamente relacionada con la actividad económica. Es decir, a mayor actividad económica más posibilidad de que se consigan instituciones con calidad, o viceversa, a mayor desarrollo institucional mayor crecimiento económico porque, en definitiva, tratan de hacer relaciones causales entre calidad institucional y desarrollo económico.

En esta visión económica de la calidad, se encuentran trabajos que tratan de mostrar cómo al incluir indicadores institucionales en un modelo tradicional de crecimiento económico, éste aumenta su capacidad explicativa (Aixalá y Fabro, 2008a) o aquellos otros que profundizan en el debate sobre si las instituciones políticas causan el crecimiento económico o si, alternativamente, el crecimiento y el capital humano son los que conducen a la mejora institucional (Glaeser, La Porta, López de Silanes y Shleifer, 2004).

También cabe destacar los trabajos y estudios empíricos que resaltan la relación entre la renta per cápita y la calidad institucional (Demsetz, 1967; Kaufmann y Kray, 2002; North, 1981), aquellos que destacan el papel de las instituciones como motor del desarrollo económico de un país (Acemoglu et al., 2001; Rodrik et al., 2002), o trabajos que relacionan la calidad institucional con la equidad de la distribución de la renta, la existencia de un sistema impositivo eficaz y el nivel educativo como principales determinantes de la calidad institucional (Alonso y Garcimartín, 2011).

En definitiva, toda la literatura que aborda la calidad institucional desde una perspectiva económica, por lo general, tiene una perspectiva macro analítica, cuya fundamentación combina diferentes teorías acerca de la

conducta humana y teorías de transacción de costos; es decir, tratan de analizar las incidencias de la calidad institucional en el desarrollo económico, teniendo en cuenta los mercados económicos y los mercados políticos de diferentes países.

2.1.1.2. Teorías políticas de la calidad institucional.

Esta perspectiva empieza a formalizarse a partir de la reformulación de las teorías económicas sobre el desarrollo, al incluir dimensiones políticas y el papel de las relaciones sociales en la construcción de instituciones eficaces y transparentes (Woolcock, 1998).

Las teorías políticas mantienen que las instituciones son creadas, diseñadas, gestionadas y mantenidas por aquellos que se encuentran en el poder como una forma de garantizarse el mismo (Buchanan, 1998; Olson, 2000). Desde esta perspectiva, la calidad institucional queda relegada a los grupos dominantes, que tienen el poder y gestionan los recursos de las instituciones.

Por tanto, los diferentes agentes sociales implicados en la institución (burócratas, grupos de presión, grupos étnicos y religiosos), lucharán por la redistribución de la renta y el mantenimiento del poder por encima del funcionamiento de la institución (Aixalá, Fabro, 2008a; Aixalá et al., 2004). Para establecer los principales determinantes de la calidad institucional, una de las claves consistiría en examinar con detenimiento la heterogeneidad de los grupos sociales existentes y su capacidad de acción.

Bajo esta perspectiva, algunos investigadores equiparan la calidad institucional con el 'capital social' que posee una sociedad concreta (Knack y Keefer, 1995, 1997). Este capital social tiene diferentes connotaciones: desde una perspectiva general el capital es equivalente al poder y su distribución configura la estructura inherente al mundo social (Bourdieu, 1993, p. 242), cuya función principal es atribuir el valor que tiene la estructura social para los diferentes actores facilitando la acción (Coleman, 1990, p. 305), de tal manera que facilita la coordinación y la cooperación en beneficio mutuo a través de aspectos de organización social tales como las redes, las normas y la confianza (Putnam, 1993). Por tanto, el capital social comprende instituciones, relaciones y normas que conforman la calidad y cantidad de interacciones sociales de una sociedad.

2.1.1.3. Teorías socioculturales de la calidad institucional.

La tradición sociocultural parte de la premisa de que los valores, las creencias e ideologías de una sociedad son los que determinan el curso de nuestras acciones y preferencias y pueden perfilar aspectos tan fundamentales como la acción colectiva y el gobierno (Banfield, 1958; Landes, 1998; Shalins, 1976; Putnam, 1993; Weber, 1964). Se puede decir que una institución, por tanto, queda definida por un conjunto de valores y de sentimientos que constituyen la norma particular.

Por ello, para poder analizar la calidad institucional de una sociedad, no basta con identificar los procesos económicos y políticos, sino que hay que tener en cuenta el entorno sociocultural donde está inserta dicha institución.

A la hora de delimitar dicho entorno, en la literatura se pueden diferenciar dos grandes bloques: por un lado el aspecto cultural de las instituciones, concretamente referido al sistema de valores culturales que configuran cualquier tipo de sociedad. Una de las formas más extendidas para estudiar dicho entorno, se encuentra en la encuesta mundial de valores del *World Values Survey Association*, que recoge mediciones de 78 países sobre percepciones de la vida, contexto, trabajo, familia, creencias religiosas, moral, confianza en los demás, tolerancia social, participación en actividades sociales y políticas e identidad nacional. Por otro lado se encuentra, el sistema de normas y estructuras sociales que hacen que se regulen dichos valores culturales.

Para el primero de ellos, existen varias teorías que abordan el estudio de los valores culturales en las sociedades contemporáneas: las teorías transculturales de Hofstede, Schwartz, Triandis, e Inglehart. Estas teorías consideran que las dimensiones culturales de los valores revelan los principales temas o problemas básicos que una sociedad ha de afrontar para regular la actividad humana. Dependiendo del autor, podemos encontrar algunas dimensiones como: individualismo, distancia del poder, masculinidad, evitación de la incertidumbre (Hofstede, 1980), jerarquía, igualitarismo, conservación, autonomía, armonía, competencia (Schwartz, 1994), individualismo horizontal, individualismo vertical, colectivismo horizontal, colectivismo vertical (Triandis, 1996), materialismo-postmaterialismo, modernización, postmodernización (Inglehart, 2003; Inglehart, Basanez, Díez-Medrano, Halman, y Lujikx, 2004; Inglehart y Welzel, 2005, 2010; Norris e Ingleharth, 2012).

En cuanto a las visiones normativo-estructuralistas de la cultura, parten de la concepción de que las instituciones constituyen un elemento dentro de un concepto más general conocido como estructura social con potencial para cambiar los agentes. Por tanto, las instituciones son el tipo de estructura que más importan en la vida social ya que constituyen toda forma de vida social (Hodgson, 2006; Knight, 1992). Reconocer el papel de las instituciones en la vida social implica el reconocimiento de que gran parte de la actividad humana y su actividad, se estructura en términos de reglas explícitas e implícitas (Aoki 2001, 2011; Basurto, Kingsley, McQueen, Smith y Weibe, 2010; Crawford y Ostrom, 1995) que condicionan el comportamiento del individuo en la sociedad.

En este sentido, para conseguir instituciones de calidad, cada institución ha de poseer una estructura normativa que incentive, estructure, delimite acciones individuales encaminadas a favorecerla, creando hábitos de calidad que se hacen consistentes con su reproducción.

Para tratar de casar ambos aspectos, el de los valores culturales y el normativo-estructural entorno a la calidad institucional, empiezan a formularse planteamientos a través de dos perspectivas: la primera de ellas, estaría encaminada a la instauración de sistemas de normas y estandarización de procesos para medir, inspeccionar, controlar y asegurar la calidad en las

instituciones; por tanto, estaría referida a todos aquellos aspectos técnicos para mejorar la calidad de la institución. Y una segunda línea estaría encaminada a todos aquellos elementos relacionados con los equipos humanos de la institución, por ejemplo, en el ámbito del trabajo. La calidad institucional desde la perspectiva sociocultural estaría compuesta por todos aquellos aspectos relacionados con la mentalidad de los trabajadores y con la responsabilidad de producir con calidad.

Por lo tanto, la primera perspectiva estaría referida a los aspectos técnicos del proceso y sus mejoras, mientras que la segunda iría destinada a los recursos humanos y su gestión.

Algunos expertos en calidad (Berzosa, Cámara y Correa, 2005; Cantú Deltado, 1997; Ishikawa, 1985; Juran, 1995; Maderuelo, 2002; Morales, 2009; Pérez-Hernández, 2011), equiparan esta perspectiva teórica sociocultural de la calidad institucional con una visión integral de la institución y la denominan 'cultura de la calidad', 'calidad total', y la plasman en 'el modelo de excelencia de gestión de calidad'.

2.1.1.4. Teorías institucionales de la calidad institucional.

El enfoque institucional parte de la premisa de que la sociedad contemporánea es un complejo de instituciones o formas habituales de organizar y regular la conducta de los individuos. Se denomina institucional al poner un énfasis especial en el papel que juegan las instituciones para explicar los resultados políticos, económicos, sociales o culturales que estudian. También se consideran como parte de la corriente institucionalista a los que intentan explicar cómo surgen y evolucionan las instituciones.

A diferencia de los planteamientos anteriores, la teoría institucional, presta especial atención al entorno, al contexto institucional en el que están inmersas las organizaciones. Por tanto, para algunos autores se trata de una propuesta de integración de los distintos planteamientos teóricos que toma en cuenta el comportamiento de las organizaciones tanto internamente (valores, normas, creencias, relaciones de poder, etc.) como externamente, es decir, sus relaciones con el contexto, con otras instituciones y organizaciones (Dimaggio y Powell, 1991; Granovetter 1985; Parsons, 1960; Scott, 1995; Tolbert y Zucker, 1996).

Bajo esta perspectiva, la calidad institucional es entendida como motor de cambio social, ya que es la que favorece la capacidad de los grupos sociales de movilizarse por intereses colectivos (North, 1990). Por tanto, el desempeño de los estados, su credibilidad, coherencia interna, transparencia y responsabilidad ante la sociedad civil, dependen de la calidad de las instituciones formales con las que cuenta.

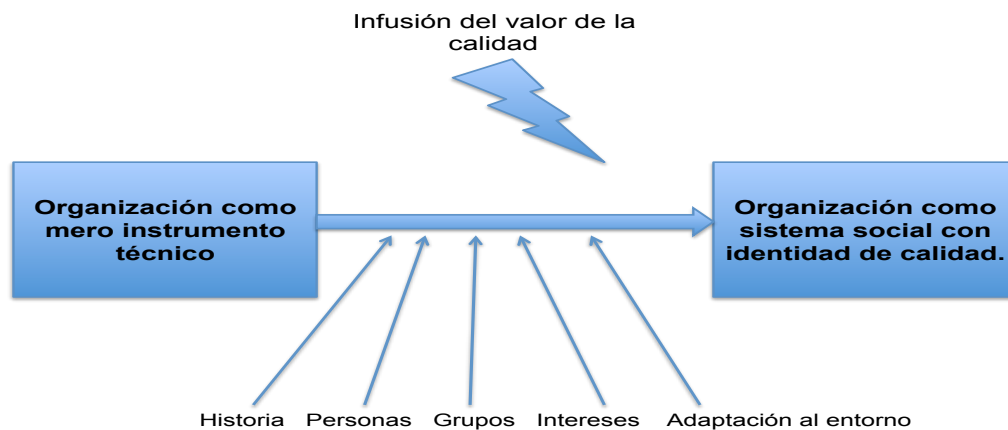
Según Scott (1995), las principales aportaciones a esta teoría han sido formuladas por los trabajos de Selznick, la propuesta institucional de Parsons, la Carnigie School y la teoría cognitiva.

En cuanto a la aportación de Selznick, éste teoriza respecto al proceso de institucionalización de las organizaciones. Para él, este proceso aparece con el paso del tiempo y refleja su propia historia construida a partir del carácter de las personas que han formado parte de ella, de los grupos y equipos humanos que las constituyen y de los intereses creados por éstos, que han llevado a focalizar su trabajo y esfuerzo a adaptarse al medio que los rodea (Selznick, 1996).

Según esta teoría, una organización pasa a considerarse de calidad cuando se le infunde dicho valor en todos los elementos que la constituyen, momento en el cual la organización pasa de ser un mero instrumento técnico para conseguir sus objetivos iniciales, a considerarse como un sistema social con identidad de calidad.

Figura 4.

Proceso de institucionalización de la calidad en las organizaciones desde el modelo de Selznick (adaptado de Llamas Sánchez, 2005, p. 22)



La segunda de las aportaciones que destaca Scott (1995), es la de Parsons muy discutida y criticada durante décadas. Para Parsons, cada organización está inserta en un sistema social más amplio, que es el que proporciona legitimidad y significado y guía la acción y el comportamiento de las organizaciones, ya que son funcionales a él (Parsons, 1960).

Este autor, asigna un lugar muy importante al proceso de institucionalización para delimitar los procesos de integración e interiorización de las normas por los individuos.

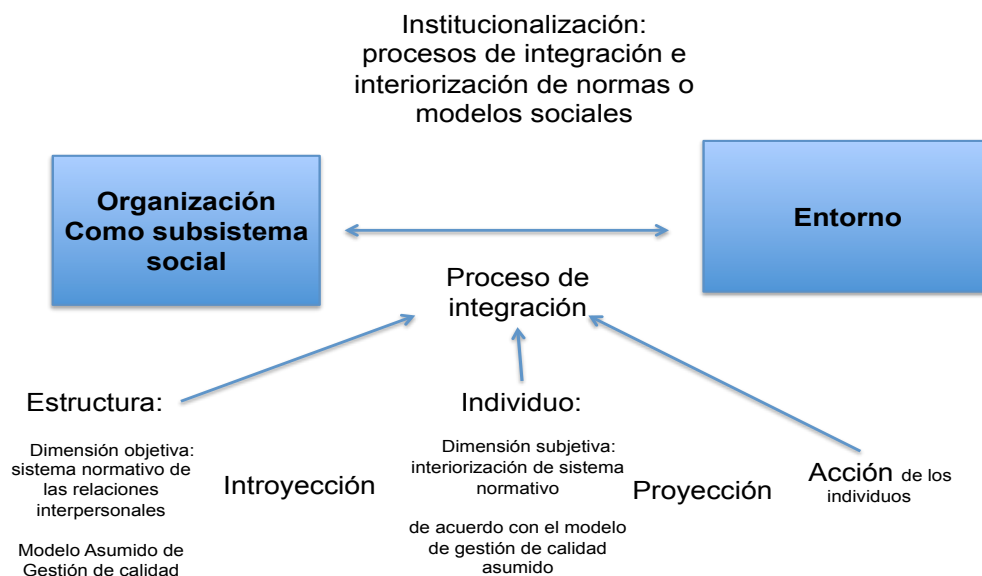
En la interpretación del análisis de Parsons sobre las organizaciones con su entorno, éste destaca dos dimensiones principales: una estructural, que sería la dimensión objetiva de la integración, que haría referencia al sistema de

normas que define cómo deben ser las relaciones de los individuos; es decir, correspondería a la identificación del modelo de gestión de calidad asumido por la organización.

A partir de este sistema normativo de calidad, entraría en juego la dimensión subjetiva del proceso de institucionalización; se produce una introyección o incorporación de ese sistema de normas de calidad a los individuos, una interiorización de dichas normas y una proyección hacia la acción. Esta concepción de vincular las normas y reglas institucionalizadas a la acción, ha traído grandes críticas a las concepciones sociológicas del proceso de institucionalización ya que no se ha prestado especial interés a los procesos por los cuales los actores están motivados para actuar conforme a las reglas (Herrera y Jaime Castillo, 2004).

Figura 5.

Proceso de institucionalización de la calidad en organizaciones desde el modelo de Parsons.



La tercera propuesta obedece a la formulación de la Carnegie School representada por Simon, March y Cyert en cuyos trabajos centraban su análisis en el comportamiento de la organización respecto al proceso de toma de decisiones.

Simon y March escriben un trabajo titulado *Teoría de la organización* (1994) que da un giro paradigmático al enfoque de la organización burocrática propuesto por Weber. En su trabajo, recogen las críticas de Merton, Gouldner y

Selznick al funcionamiento del esquema burocrático de la organización tradicional y proponen una nueva teoría de la administración.¹

A la hora de analizar el proceso de toma de decisiones por parte de los administradores, Simon señala que, desde el análisis económico tradicional, esta toma de decisiones responde con el supuesto según el hombre actúa con la finalidad de lograr incrementar la utilidad; elige racionalmente el mejor curso de acción para maximizar su rendimiento. Sin embargo, Simon dice que existen límites prácticos de la racionalidad, límites que dependen del contexto organizacional. Por lo cual, se produce un giro desde el hombre económico al hombre administrativo: el económico maximiza al seleccionar el mejor curso de acción, mientras que el administrativo simplemente aspira a que su decisión sea suficientemente satisfactoria (Estrada, 2008).

Para Simon, el proceso de interiorización de normas y valores organizativos es importante para los individuos, ya que es dentro de la propia organización donde los individuos pueden tener éxito en sus decisiones en base a normas, valores y procedimientos establecidos en la organización y de esta manera obtener un comportamiento racional. De hecho, *“el individuo racional es y debe ser, un individuo organizado e institucionalizado”* (Simon, 1957, cit. en Llamas Sánchez, 2005, p. 102).

El último de los enfoques que señala Scott es la aportación de la teoría cognitiva aplicada al estudio de las organizaciones. Algunos teóricos consideran a Simon como uno de los precursores del movimiento cognitivo en las organizaciones al considerarlas como elementos claves a la hora de orientar la acción a partir de procesos cognitivos en lugar de normativos (Langlois, 2003).

Este giro hacia lo cognitivo analizado por Powell y Di Maggio implica una desnormativación de la teoría institucional. Con esta concepción teórica, se trata de comprender cómo los individuos organizan información por medio de categorías cognitivas socialmente construidas que controlan la acción humana (Herrera y Jaime Castillo, 2004).

De esta manera, la diferencia respecto a los planteamientos anteriores es el valor que se le da a la capacidad de acción de los individuos, bajo los planteamientos anteriormente señalados. Los individuos quedarían relegados a un proceso de asunción e interiorización de normas, valores y procedimientos definidos por la institución en aras de conseguir comportamientos deseables. Bajo esta concepción, se le otorga cierta capacidad de decisión a los

¹ Para ver con mayor detenimiento las diferencias entre la teoría convencional de la administración y la propuesta de Simon, es recomendable acudir a Estrada (2008). Este autor destaca que la teoría convencional principalmente se caracterizaba por poseer un sistema de relaciones burocrático y jerárquico en el que primaba una visión mecanicista de la organización, y la toma de decisiones obedecía a criterios de autoridad vertical normativa. Por el contrario, la propuesta de Simon propone una nueva teoría de la administración en donde las relaciones se basan en la coordinación y la cooperación, anteponiendo una visión evolutiva de la organización y donde la toma de decisiones se basa en criterios de legitimidad y confianza.

individuos, atribuyéndoles la capacidad de perseguir sus propios intereses dentro del sistema social (Scott, 1995).

Hasta el momento, hemos hecho un recorrido por las diferentes teorías sobre la calidad institucional. Cabe resaltar la dificultad encontrada para establecer la taxonomía de clasificación presentada. Pese a las posibles críticas y limitaciones que pueda ofrecer, pueden ser de gran ayuda clarificadora a la hora de acercarnos al concepto calidad institucional.

A modo sintético de este apartado, la tabla 5 presenta un cuadro resumen con las principales características de los diferentes planteamientos teóricos descritos.

Tabla 5.

Síntesis de las teorías institucionales de la calidad.

	Teorías Económicas	Teorías Políticas	Teorías Socioculturales	Teorías Institucionales
Factor dominante	Económico: desarrollo	Político: poder	Normas, valores, creencias, ideologías	Valores culturales, principio éticos, conducta social, principios ideológicos, procesos cognitivos
Análisis que permite	Comparativa entre distintas instituciones	Dinámicas de poder	Construcción de identidad de calidad	Cambio
Alcance	Macro, países	Grupos dominantes	Institución concreta	Proceso de institucionalización
Actores	Gobiernos	Grupos de poder: burócratas, religiosos, étnicos	Grupos de personas, instituciones	Grupos de personas, instituciones, contexto cultural, histórico y social de las instituciones
Finalidad	Desarrollo económico	Equidad	Desarrollo integral de la institución	Organizar y ordenar la conducta del individuo
Limitaciones	Visión reduccionista	Escasos estudios empíricos	Escasos estudios empíricos	Escasos estudios empíricos
Equipara la calidad institucional con	Gobernabilidad	Capital social	Cultura de calidad	Calidad institucionalizada. Proceso de asunción de normas, valores y modelos de calidad

2.1.2. Principales ámbitos de aplicación.

Al igual que ocurre con la definición del concepto calidad institucional y sus marcos teóricos referenciales, a la hora de ver en qué ámbitos de aplicación se ha trabajado con el concepto de calidad existe una gran dispersión (Lozano, Pérez, Sanduvete, Sánchez, Chacón, 2009): cabe resaltar que principalmente donde más número de trabajos se han encontrado ha sido en el ámbito de la economía (67), seguido del ámbito de la salud (52), educación (43), evaluación (21), medio ambiente (19), industria (15), social (13), Administración Pública en general (11), laboral (9), jurídico (9), comunicación (3), urbanismo (2), informática (1) y un pequeño grupo de artículos sin ningún ámbito de aplicación al tratarse de artículos eminentemente teórico-conceptuales (3).

A modo sintético e informativo, hemos clasificado las principales áreas donde se han plasmado las diferentes aportaciones o trabajos que han abordado el concepto de calidad institucional, en las siguientes categorías, atendiendo a criterios de afinidad: incidencias de la calidad en el desarrollo económico, modelos de gestión de calidad en educación superior, modelos de gestión de calidad en general y calidad en asistencia sanitaria.

Los trabajos e investigaciones que se encuentran en la categoría '**incidencias de la calidad en el desarrollo económico**' hacen referencia a trabajos realizados que desarrollan modelos que establecen relaciones causales entre la calidad institucional y el crecimiento económico. En esta línea, se encuentran artículos que tratan de mostrar cómo al incluir indicadores institucionales en el modelo tradicional de crecimiento económico aumenta la capacidad explicativa del modelo (Araixá y Fabro, 2007) o aquellos otros trabajos que profundizan en el debate sobre si las instituciones políticas causan el crecimiento económico o si, alternativamente el crecimiento y el capital humano son los que conducen a la mejora institucional (Glaeser et al., 2004).

Del mismo modo, se ha encontrado un gran número de trabajos que abordan la calidad institucional mediante '**modelos de gestión de calidad en educación superior**' tratando de profundizar en los problemas que subyacen en la implementación de sistemas de evaluación y acreditación en instituciones educativas (Shay y Jawitz, 2005) abriendo una discusión teórica sobre los componentes esenciales de la calidad y sobre la necesidad de crear medidas estandarizadas respecto a la calidad de servicios y satisfacción de los usuarios, que sirvan como mecanismos potenciadores de la excelencia institucional en las universidades y proponiendo modelos de gestión integral de la calidad que superen las limitaciones planteadas por los modos tradicionales de gestión (Reboloso, Fernández Ramírez y Cantón, 2002).

Por otro lado, destacan aquellos trabajos que se desarrollan a partir de la teoría aportada por los diferentes '**modelos de gestión de la calidad en general**' aunque bien es cierto que en esta categoría se encuentran abordajes tan variopintos como por ejemplo aquellos trabajos que analizan la gestión de la calidad desde las tareas que desarrollan los directivos de las organizaciones (Cantón y Arias, 2008); o que tratan de identificar los posibles efectos sobre el bienestar de los beneficiarios de servicios tras introducir un sistema de gestión de calidad (Freudiger, Pittet y Christen-Gueissaz, 2007); o que analizan los

diferentes sistemas de gestión de calidad a partir de la aplicación en las distintas políticas medioambientales desarrolladas por los nuevos estados miembros de la Unión Europea (Pellegrini y Gerlasgh, 2005).

Y por último, se identifica otro núcleo de artículos que se presenta como '**calidad de asistencia sanitaria**' en el cual, a partir de diferentes aplicaciones desarrolladas dentro del ámbito de la salud como, por ejemplo, aquellos trabajos que relacionan la calidad institucional y con la calidad de vida del paciente (Tannen, Dietz, Dassen y Halfens, 2009), se describen los diferentes modelos, programas y sistemas de gestión que permiten aumentar la calidad de la asistencia en servicios en el ámbito de la salud.

2.1.3. Principales dimensiones de la calidad institucional.

Dependiendo de la disciplina de conocimiento, se encuentran diferentes abordajes, tanto teóricos como metodológicos e instrumentales que han tratado de delimitar las principales dimensiones o componentes de la calidad institucional.

2.1.3.1. Calidad institucional entendida como gobernabilidad.

Por lo general, este tipo de estudios realiza un abordaje cuantitativo de sus investigaciones y trata de desarrollar sistemas de indicadores de calidad institucional. Destacan principalmente:

- a) Los trabajos de Kaufmann y sus colaboradores (Kaufmann, Kraay y Mastruzzi, 2007), para construir los indicadores agregados de gobernabilidad (*worldwide governance indicators*). Estos autores establecen una serie de indicadores agregados que tratan de medir la calidad de la gestión de gobierno. Para estos autores, los principales determinantes de la calidad de la gestión del gobierno estarían representados en los siguientes indicadores: 1) representación y rendición de cuentas, 2) estabilidad política y ausencia de casos graves de violencia, 3) efectividad gubernamental, 4) calidad regulatoria, 5) estado de derecho y 6) control de la corrupción.
- b) El trabajo de Islam y Montenegro (2002), básicamente en su investigación, establecen un modelo de calidad institucional que estaría compuesto por los siguientes factores: 1) apertura de comercio y 2) evaluaciones y balances en el sistema político; concretamente, la libertad de prensa estaría relacionada con la calidad institucional; por el contrario descartan variables sociales como la desigualdad de renta y diversidad étnica ya que los resultados empíricos muestran que no existe asociación alguna entre estas variables y la calidad institucional.
- c) El trabajo de Kaufmann et al. (1999a, b). La calidad institucional estaría determinada por los factores: 1) voto y responsabilidad, 2) estabilidad política y ausencia de violencia, 3) eficacia

gubernamental, 4) marco regulatorio, y 5) marco legal y control de la corrupción. A su vez en su modelo encontraron, entre otras cuestiones, que: el crecimiento económico está relacionado con las mejoras institucionales; el efecto causal de la renta per cápita con la calidad institucional se produce con cierto retraso temporal; la división étnica presenta, en general, un efecto significativo y negativo sobre el marco institucional; los países de origen legal socialista y francés presentan niveles de calidad inferiores a los observados en los países de origen legal inglés; los países considerados católicos tienen instituciones inferiores en calidad que los países protestantes; la apertura comercial y la reducción en las desigualdades de renta contribuyen a mejorar la calidad institucional; y, por último, existen factores endógenos específicos localizados en determinadas regiones geográficas que contribuyen a explicar las diferencias en calidad institucional observadas entre países.

- d) El trabajo de Axailá et al. (2004) que utilizan los indicadores agregados de gobernabilidad de Kaufman y desarrollan un modelo teórico en el que la calidad institucional estaría compuesto por 1) índice de fragmentación etnolingüística, 2) origen legal de los países 3) práctica religiosa, 4) distribución de la renta y 5) apertura comercial.
- e) El trabajo de Echebarria (2004), que realiza una revisión sistemática de los principales indicadores de gobernabilidad que se utilizan para el análisis de las instituciones. El autor destaca las siguientes categorías: 1) inclusividad en la participación política, 2) extensión y equidad de la competencia para cargos electorales, 3) imparcialidad/efectividad de la representación ciudadana, 4) capacidad agregada de las preferencias ciudadanas para crear consenso, y 5) rendición de cuentas horizontal.
- f) Alonso y Garcimartín (2011) desarrollan un modelo de medición de la calidad institucional basado en cuatro factores: 1) nivel de desarrollo del país, 2) nivel de equidad social, 3) nivel de apertura económica y de la existencia de un sistema impositivo y, 4) nivel educativo de la población.

En cuanto a la metodología que utilizan para confirmar este tipo de relación entre crecimiento económico y calidad de instituciones, destacan los análisis de sección cruzada (Acemoglu Johnson y Robison, 2004; Easterly y Levine, 2003; Hall, 1996; o Rodrik *et al.*, 2002), los datos de panel (Varsakelis, 2006) y los basados en estudios de caso (Rodrik, 2003).

En cuanto al tipo de instrumentos para medir la calidad, es recomendable consultar el trabajo de Bandeira (2011) en el que se realiza una revisión exhaustiva de las múltiples herramientas para medir la calidad de las instituciones públicas. El autor analiza aquellas instituciones encargadas de realizar diagnósticos sobre el sistema público y político nacional y subnacional, así como los principales indicadores cualitativos empleados por los distintos sectores, entre los que destacan: 1) libertad de expresión y asociación de prensa; 2) elecciones libres; 3) administración pública; 4) independencia y eficacia judicial; 5) eficacia policial; 6) igualdad de las mujeres; 7) económico;

8) sistema educativo; 9) respeto de los derechos humanos y políticos; y 10) capacidad de gestión pública.

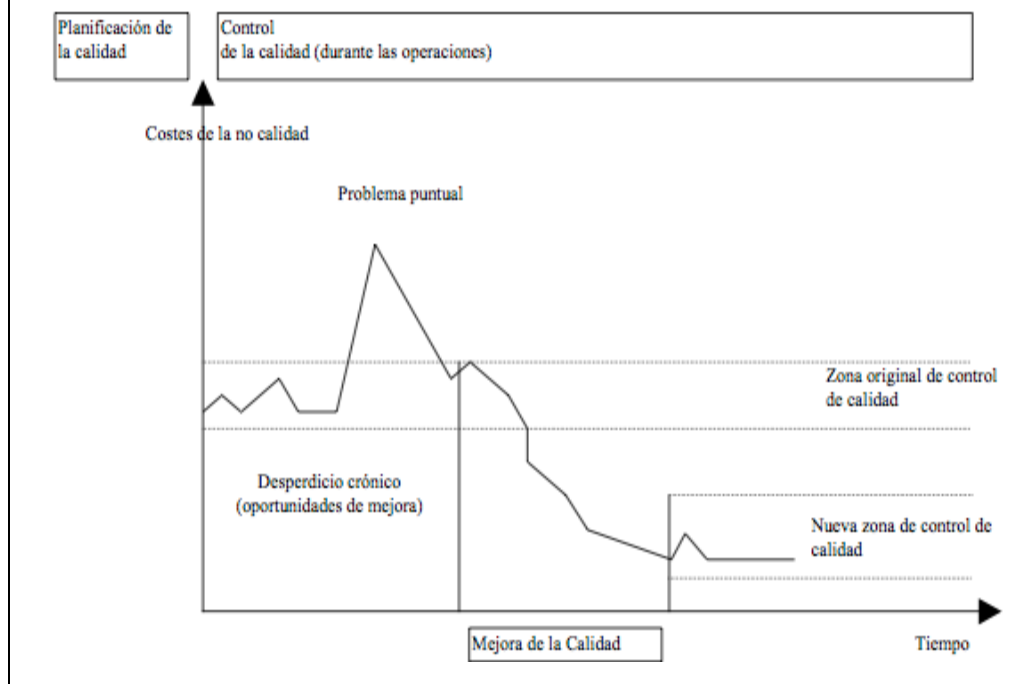
2.1.3.2. Calidad institucional entendida como parte del proceso productivo.

La preocupación por la calidad aparece originariamente en organizaciones de carácter empresarial (Holgado y Chacón, 2002; Rico Menéndez, 2001) con el objeto de minimizar los costos de producción y aumentar los beneficios empresariales.

- a) Edwards Deming (1993) plantea que la calidad se logra cuando se controlan los errores de producción. Para ello, establece una estrategia que trata de optimizar la utilización de recursos humanos y materiales, y los delimita en una serie de elementos fundamentales con los que ha de contar cualquier institución: 1) crear un propósito de mejora de producto o servicio; 2) adoptar una filosofía empresarial encaminada a eliminar errores; 3) proponer mecanismos complementarios a la inspección del control de proceso; 4) homologar a los proveedores; 5) buscar la mejora continua del sistema de trabajo mediante la aplicación de metodología concreta de producción; 6) aplicar métodos de adiestramiento para el trabajo; 7) fomentar el trabajo en equipo; 8) aumentar la efectividad en el trabajo; 9) fomentar las relaciones interdepartamentales en aras de trabajar en una única dirección; 10) adecuar los medios necesarios al sistema de producción; 11) relativizar las cuotas numéricas; es decir, si la principal meta es la cantidad, la calidad se ve afectada; 12) establecer los mecanismos necesarios para que el trabajador se sienta orgulloso de las tareas que realiza; 13) implementar programas de formación continua para mejorar las capacidades de los trabajadores y; 14) crear una estructura en la dirección de la institución que impulse los 13 puntos anteriores.
- b) Juran (1974, 1990a, 1990b, 1995) no define la calidad en términos substantivos, sino que la define en función de la adecuación al uso; es decir, la forma de adecuar las características al uso que le va a dar el consumidor. Este autor plantea un sistema de calidad que consistiría principalmente en la planificación, el control y la mejora de la calidad: la planificación consiste en determinar las necesidades de los clientes y desarrollar los productos y/o servicios de la manera que más satisfacción provoque en ellos; el control de la calidad lo entiende como el proceso de evaluación de los resultados conseguidos; y por último, la mejora de la calidad consiste en establecer los mecanismos necesarios para que la institución logre un cambio ventajoso y permanente de tal manera que le permita mejorar continuamente (ver figura 6).

Figura 6.

Modelo de calidad propuesto por Juran (1995).



- c) Para Criado y Vázquez (1999) y Rico Menéndez (2001), los principales componentes de la calidad institucional están directamente relacionados con la calidad de los productos que generan. Estos autores analizan una evolución: 1) en primer lugar se da la etapa artesanal, donde la calidad principalmente supone hacer las cosas bien a cualquier costo, ya que el objetivo último es satisfacer las necesidades del comprador sin tener en cuenta dimensiones de tiempo o costo. 2) Posteriormente se sustituye la calidad del producto por la cantidad del producto. Esto sucede en la etapa industrial, donde la calidad es equiparable a la capacidad de aumentar la producción y los beneficios sin tener en cuenta la calidad del producto. 3) La siguiente sería la etapa del control final del proceso de producción para que el producto se ajuste a unas especificaciones señaladas en aras de conseguir el producto óptimo. 4) A continuación el control del proceso de producción: se establecen nuevos puntos de inspección en la producción del producto, no solamente el control del producto final, sino la inspección de la materia prima, detección de defectos durante el proceso de fabricación 5) Después, aseguramiento de la calidad y control del diseño: seguían detectando problemas en la vida útil del producto que no procedían ni de la materia prima, ni de las máquinas ni de la mano de obra, ni del proceso. El problema estaba en el diseño del producto; se detectaban problemas relacionados con el hecho de que la especificación era irrealizable con los medios disponibles. 6) La siguiente es el control estadístico del proceso: aplicación de modelos y herramientas estadísticas que complementen la inspección visual

del producto. 7) Y finalmente la mejora continua y Calidad total: en el mercado actual para ser competitivos hay que dirigirse hacia la excelencia, para conseguir que lo que el cliente busca, lo que se programa y lo que se fabrica sea la misma cosa.

Por tanto, desde esta perspectiva de calidad institucional entendida como la capacidad de generar productos y/o servicios, los determinantes principales serían: 1) capacidad de satisfacer necesidades de usuarios o clientes, 2) nivel de productividad de la institución, 3) consecución de productos o servicios óptimos, 4) control del proceso producción antes, durante y después el proceso de fabricación o del servicio prestado, 5) adecuación de los medios y recursos disponibles a los productos y/o servicios prestados, 6) capacidad de implementar modelos, herramientas y estándares científico-profesionales que complementen la inspección del producto, y 7) la capacidad de ser competitivos respecto a otras instituciones, ofreciendo productos o servicios de excelencia.

2.1.3.3. Calidad institucional entendida como proceso integral en la institución.

Esta perspectiva ha sido una de las que mayor interés ha despertado en los últimos tiempos, al entender que la calidad no solo está relacionada con la capacidad de las instituciones para generar productos y/o servicios, sino que toma todos los elementos y agentes implicados en la institución.

A esta concepción integral de la calidad, en la literatura especializada, se le suele denominar Calidad Total o de Excelencia, y encierra unos principios fundamentales de validez universal para cualquier tipo de institución: orientación hacia los resultados, hacia el cliente, liderazgo y constancia en los objetivos, gestión por procesos y hechos, desarrollo e implementación de las personas, aprendizaje innovación y mejora continua, desarrollo de alianzas y responsabilidad social.

De entre las diferentes propuestas de modelos que defienden esta concepción integral de la calidad, destacan principalmente el modelo Deming de 1951, el Baldrige de 1987 y el E.F.Q.M de 1988. Pese a las diferencias existentes entre los diferentes modelos, todos ellos tienen un carácter eminentemente dinámico; es decir, pueden ser entendidos como un compendio de recogida de las mejores prácticas en el ámbito de gestión de las instituciones y como tal, estas prácticas van evolucionando y adaptándose a los cambios que se producen en el contexto.

2.1.3.3.1. Modelo Deming.

Se desarrolla por la Unión Japonesa de Científicos e Ingenieros en 1951, y recoge las aplicaciones prácticas de las teorías japonesas sobre el control de la calidad.

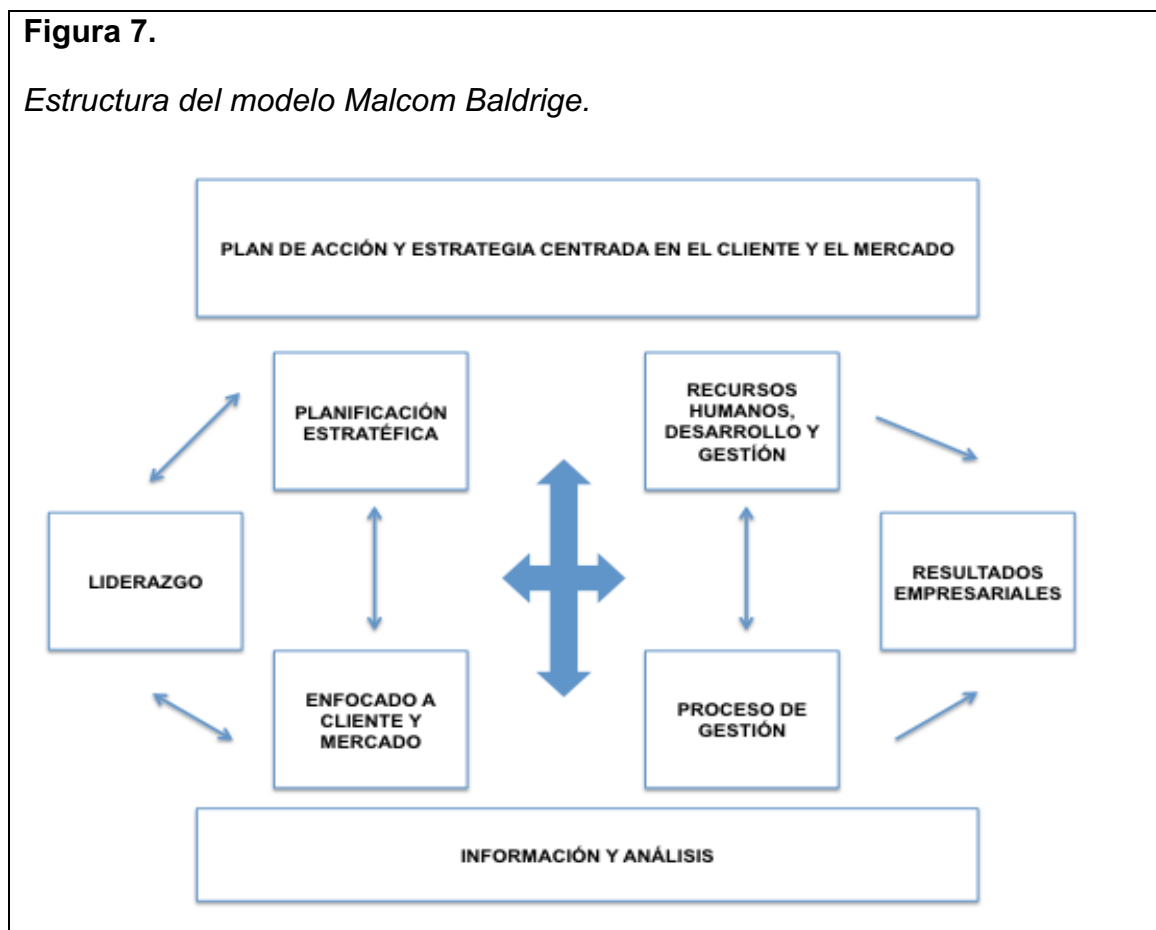
El objetivo de este modelo es evaluar los resultados obtenidos tras la implementación de medidas de control de calidad en toda la compañía y qué repercusión han tenido sobre la satisfacción del cliente y el bienestar público. Para ello, se establecen los siguientes criterios objetos de evaluación: 1) políticas y objetivos; 2) organización y operativa; 3) educación y su difusión; 4) flujos de comunicación y su utilización; 5) calidad de productos y procesos; 6) estandarización; 7) gestión y control; 8) garantía de calidad de funciones, sistemas y métodos; 9) resultados; y 10) desarrollos futuros.

2.1.3.3.2. Modelo Malcom Baldrige.

Se desarrolla en Estados Unidos en 1987, como respuesta a la invasión de productos japoneses en el mercado estadounidense y nace bajo la creencia de que, para poder ser competitivos a nivel internacional, han de producirse un conjunto de cambios en la gestión de las instituciones que permitan adecuarse de forma más eficaz a los retos que plantea el nuevo sistema económico global. Para ello, se crea el Premio Nacional de la Calidad Americano. Una representación de los elementos considerados en este modelo y la manera en que se interrelacionan se muestra en la Figura 7.

Figura 7.

Estructura del modelo Malcom Baldrige.



2.1.3.3.3. Modelo Europeo de Gestión de Calidad.

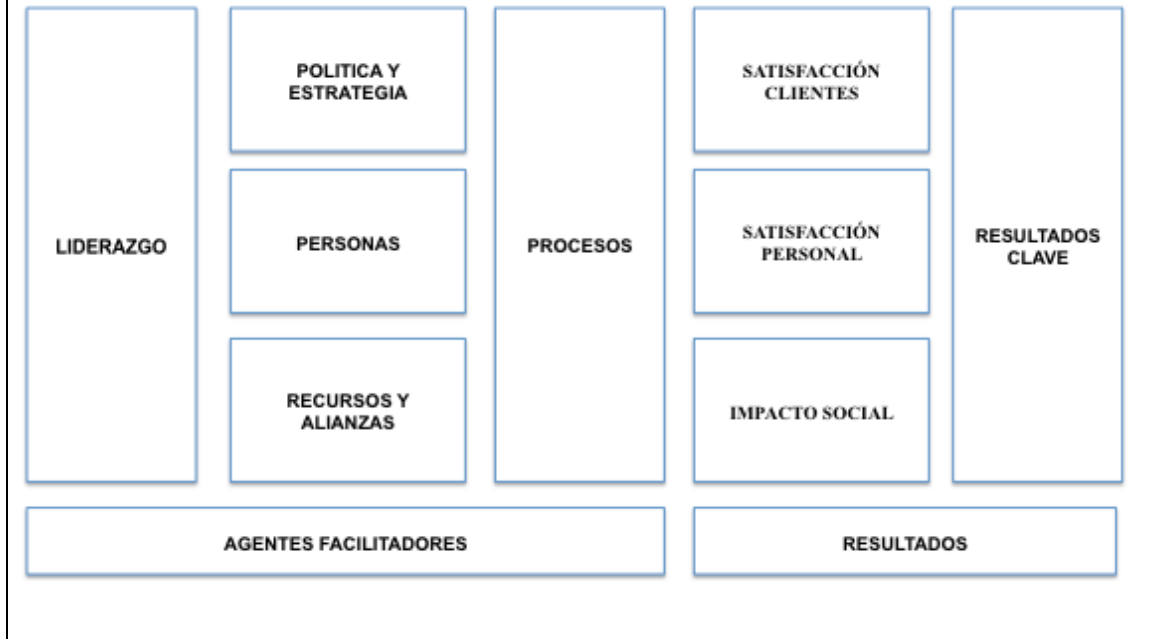
El Modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total es un modelo desarrollado por la European Foundation for Quality Management (EFQM) con el objetivo de ayudar a las instituciones a ser más competitivas en el mercado mundial a través de la adaptación a las necesidades de cada contexto mediante la autoevaluación como método de mejora continua.

El modelo propone un repaso por todos aquellos aspectos que puedan determinar los resultados finales; para ello, trata de identificar aquellas áreas más deficitarias de la institución para ser mejoradas. Estructura los posibles análisis en función de nueve criterios (ver Figura 8):

- 1) Liderazgo: se refiere a la responsabilidad de la dirección de ser los promotores de conducir la organización hacia la excelencia. Para ello, deben de explicitar su compromiso con la mejora continua, desarrollando la misión y visión de la institución, actuando como modelo para el resto de la organización e implicando a los diferentes agentes (clientes/ usuarios, colaboradores y empleados).
- 2) Política y estrategia: consiste en determinar en qué medida los valores de la institución están fundamentados en información relevante, así como en las necesidades y expectativas de clientes y grupos de interés. Una vez establecida la política institucional, se ha de analizar la estructura de los procesos y las estrategias que permiten desarrollar la trasmisión de valores en toda la institución.
- 3) Personas: se refiere a la gestión de los recursos humanos de la institución y a los planes para potenciar las capacidades de los trabajadores, así como a los sistemas de comunicación, reconocimiento y distribución de responsabilidades.
- 4) Recursos y alianzas: este criterio estaría referido a examinar cómo la institución gestiona los recursos más importantes (financieros, económicos, tecnológicos, información, etc.) y las colaboraciones que establece con organizaciones externas.
- 5) Procesos: supone estudiar el diseño y la gestión de los procesos implicados en la institución, su análisis, y cómo se orientan para tratar de satisfacer necesidades y expectativas de los clientes y/o usuarios.
- 6) Resultados relativos a los clientes: percepción que tienen los clientes de la institución e información interna de ésta para comprender su rendimiento y adecuarse a las necesidades de los clientes.
- 7) Resultados relativos al personal: percepción de la institución por parte de las personas que la integran, e información relativa al rendimiento.
- 8) Resultados relativos a la sociedad: implica el análisis de los logros que la institución alcanza en la sociedad.
- 9) Resultados clave: supone evaluar los logros de la institución respecto al rendimiento planificado.

Figura 8.

Estructura del modelo EFQM de excelencia (European Foundation Quality Management, 1999).



Una vez establecido un análisis de la institución a partir de este modelo, la información obtenida puede ser cuantificada y puntuada. Esto se suele hacer no como parte del proceso de mejora continua de la institución sino con el objeto de someter a la institución a evaluación para solicitar el Premio Europeo de la Calidad.

La cuantificación y determinación de la puntuación se realiza mediante la denominada matriz de puntuación de Resultados, Enfoque, Despliegue Evaluación y Revisión (REDER), que permite estandarizar los resultados para poder compararlos con otras instituciones.

2.2. Principales conclusiones y síntesis del capítulo.

El punto de partida de este capítulo resaltaba la limitación o la problemática existente a la hora de definir el término 'calidad Institucional' debido a la polisemia y dispersión del concepto.

No obstante, y teniendo en cuenta esta limitación, los expertos que han profundizado tanto teórica como empíricamente en la 'calidad institucional', han resaltado la existencia de dos líneas claras de investigación: una de ellas resalta la relación existente entre la calidad institucional y el crecimiento económico; la otra va orientada a profundizar acerca de las causas por las cuales existen diferencias existentes en los países existentes.

Si bien es cierto que, conforme obtenemos información al respecto, nos encontramos con una dificultad añadida, y es que en la mayoría de la literatura consultada se ha traducido y equiparado calidad institucional con calidad de gobierno.

Para ello, surge la necesidad de realizar una revisión de los principales modelos teóricos, destacando principalmente cuatro: a) teorías económicas que enfatizan la fuerte relación existente entre calidad institucional y crecimiento económico; b) teorías políticas que introducen nuevas variables de tipo político, y resaltan el papel de los diferentes agentes sociales implicados en las instituciones, así como su capital social c) teorías socioculturales que dejan en un segundo plano los procesos económicos y políticos y focalizan su interés en todos aquellos aspectos que definen y describen el entorno sociocultural de la institución: valores culturales, normas y estructuras sociales, y d) teorías institucionales o institucionalistas, que parten de la premisa de que es la institución en sí la que nos permite explicar y definir el contexto económico, político, social y cultural determinado.

Una vez resaltadas las principales teorías de la calidad, que más que ofrecer una definición exhaustiva y detallada del concepto nos ofrece una visión panorámica del mismo, en el siguiente apartado se resaltan los principales ámbitos de aplicación donde se han llevado a cabo trabajos que aborden el concepto de calidad institucional, destacando principalmente cuatro ámbitos de aplicación: a) económico, b) educación, c) modelos de gestión de calidad y d) calidad de asistencia sanitaria.

Por último, en relación a las principales dimensiones que destacan los diferentes autores acerca de la calidad institucional (teniendo en cuenta para ello la disciplina de conocimiento) destacan aquellas concepciones de la calidad institucional en la que los autores la identifican como el buen gobierno o la gobernabilidad y aquellos abordajes que tratan la calidad institucional como el resultado del proceso productivo.

En general, se considera que este capítulo introductorio es necesario abordarlo ya que, por muy general que parezca, aporta la información necesaria para sentar las bases teóricas de la próxima parte de la presente tesis doctoral: es decir, la calidad institucional aplicada al ámbito de las instituciones sanitarias, en el que se analizarán las principales propuestas

internacionales, nacionales y autonómicas para la gestión de la calidad en organizaciones sanitarias.

CAPÍTULO 3.
LA CALIDAD EN ORGANIZACIONES SANITARIAS

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

3.- La calidad en las organizaciones sanitarias.....	60
3.1. Propuestas internacionales para gestionar la calidad en organizaciones sanitarias	61
3.1.1. Modelo Joint Commision on Accreditation	61
3.1.2. Sistema de Aseguramiento según normativa ISO.....	62
3.1.3. Sistema de Gestión Total según Modelo EFQM	62
3.1.4. Diferencias y similitudes entre modelos	64
3.2. Propuestas nacionales para gestionar la calidad en organizaciones sanitarias	66
3.2.1. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS)	68
3.2.2. Propuestas regionales para la gestión de la calidad en organizaciones sanitarias.....	69
3.2.2.1. Plan de Calidad de la Junta de Andalucía	70
3.2.2.2. Plan de Calidad de la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Familiar del Gobierno de Aragón	76
3.2.2.3. Plan y Estrategias de Calidad para la Administración Sanitaria del principado de Asturias	78
3.2.2.4. Servicio de Evaluación, Acreditación e Inspección de la Consejería de Salud del Gobierno de las Islas Baleares...82	
3.2.2.5. Plan de Salud de Canarias (PSC) para la Innovación en Gestión de Salud y Servicios.....	85
3.2.2.6. Plan de Salud de Castilla-La Mancha.....	88
3.2.2.7. Planes de Salud de Castilla y León	91
3.2.2.8. Planes de Salud de Cataluña	94
3.2.2.9. Planes Sanitarios de Ceuta y Melilla	97
3.2.2.10. Planes de Calidad de Extremadura	100
3.2.2.11. Planes de Salud de Galicia.....	103
3.2.2.12. Panes Sanitarios de La Rioja	106
3.2.2.13. Planes del Servicio Sanitario de la Comunidad de Madrid	109
3.2.2.14. Planes de Salud de Navarra.....	112
3.2.2.15. Planes de Calidad Total del Osakidetza	115
3.2.2.16. Planes Sanitarios de la Comunidad Valenciana ..	118
3.3. Principales conclusiones y síntesis del capítulo	121

3.- La calidad en las organizaciones sanitarias.

En las últimas dos décadas, ha proliferado una inmensa cantidad de trabajos que tratan de definir y desarrollar “la calidad” en instituciones sanitarias (Bernal, Pedraza, y Sánchez, 2015; Campbell, et al., 1997; Castillo Guzmán et al. 2009; Chute, Cohn y Campbell, 1998; Cimino 1998; Cimino, Clayton y Hripcsak 1994; Massip y Pérez, 2008; Roldán et al., 2014), ofreciendo información acerca de las principales prácticas llevadas a cabo para mejorar la gestión de la calidad en organizaciones sanitarias.

La calidad en organizaciones sanitarias puede referirse a diferentes aspectos de la actividad que se da dentro de la organización: el producto o servicio, el proceso, el sistema de prestación de servicios, o simplemente como una corriente de pensamiento que impregna toda la organización.

En el ámbito sanitario, la calidad (Varo, 1994):

- Es un término relativo, relacionado con los costes y con las necesidades y expectativas del usuario.
- No ligado a los medios sino a la aptitud y actitud de quienes deben propiciarla. Mejorar, la calidad no sólo es cuestión de automatizaciones, normalización, tecnología y nuevos equipos; sino que lo más importante son las personas.
- Es un término complementario a la cantidad, la calidad propiciara mayores niveles de productividad con el mismo esfuerzo.
- No depende exclusivamente del personal sanitario, sino de todo el equipo humano de la organización.
- Tiene como responsables a la dirección y la línea jerárquica, que deben definirla, y a los profesionales de la organización que han de promoverla, promocionarla y gestionarla.

A pesar de los esfuerzos por establecer unos criterios universalmente válidos de calidad (especificaciones técnicas de la Organización Internacional de Normalización; informática para la salud; control de la salud; estructura e indicadores de alto nivel necesarios para evaluar la salud; modelos de gestión sanitaria.) cada tipo de organización sanitaria tiene una terminología, unas políticas y unos procedimientos propios, lo cual dificulta la coordinación e integración entre los distintos niveles de la organización (Ortún, 1998) y hace que se acentúe la ineficacia en la gestión de recursos como, por ejemplo, la duplicidad en pruebas diagnósticas y en tratamientos.

En última instancia, todos estos desajustes provocan una pérdida de continuidad en los procesos asistenciales y por tanto una disminución de la calidad en el servicio prestado (Pizarros, 2004; Pizarro, Vázquez y Vargas, 2004).

Como respuesta a esta problemática, surge una serie de propuestas que consisten principalmente en introducir políticas que favorezcan la eficacia del sistema y la continuidad de la asistencia sanitaria a partir de estrategias de coordinación, integración con el entorno exterior e interior (modelo de gobierno,

organización y gestión), evaluación de desempeño, coordinación (información, técnicas, gestión) y colaboración inter-organizacional. Todo este conjunto de propuestas es denominado por los expertos como 'Organizaciones Sanitarias Integradas'¹En los cuales subyace un modelo concreto de gestión de calidad.

3.1. Propuestas internacionales para gestionar la calidad en las organizaciones sanitarias.

La calidad de la asistencia sanitaria, en la actualidad, es una exigencia de los usuarios de cualquier sistema sanitario ya sea de carácter público o privado. Es por ello que las organizaciones sanitarias han ido adoptando diversos modelos para gestionar la calidad entre los cuales se destaca el modelo JCAHO '*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*', el sistema de aseguramiento de la calidad según la normativa ISO de la '*International Organization for Standardization*', y el modelo EFQM propuesto por la '*European Foundation for Quality Management*'. Los tres modelos tienen la misma finalidad; la de impulsar la mejora continuada a partir de la aplicación del ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Action). Para ello, se requiere la implicación de la dirección de la institución, de la orientación del proceso centrado en la satisfacción del cliente, y de procesos de autoevaluación y/o evaluación externa para el seguimiento y el reconocimiento del proceso realizado (Davis, 2007; Rico Menéndez, 2001).

3.1.1. Modelo Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).

Esta institución fue fundada en 1951, a partir de la fusión entre el Colegio Americano de Cirujanos, el Colegio Americano de Médicos, la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Médica de Canadá, cuya finalidad es la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en organizaciones sanitarias; para ello, establecen una serie de estándares de calidad para la acreditación de centros sanitarios.

El modelo que proponen está compuesto por dos grandes bloques: el primero de ellos, encaminado a determinar las funciones y los procesos relacionados con los pacientes como el acceso y la continuidad asistencial, los derechos del paciente y los familiares, la evaluación de la asistencia prestada y educación de los pacientes; y el segundo bloque focalizado en los procesos y funciones de la organización que influyen indirectamente en la satisfacción del paciente: el liderazgo, la mejora de la calidad en la organización, la gestión y

¹Las organizaciones sanitarias integradas se pueden entender como conexión de los diferentes servicios necesarios para atender a un paciente a lo largo del continuo asistencial, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común sin conflictos; cuando la coordinación alcanza el grado máximo la atención está integrada (Vázquez, Vargas, Farré y Terraza, 2005).

mejora de la calidad de la asistencia, la prevención y el control de las infecciones, el entorno y la seguridad, la cuantificación y cualificación de los profesionales, la gestión de la información, y la gestión de recursos.

3.1.2. Sistema de Aseguramiento de la calidad según la normativa ISO.

En 1957, se funda en Ginebra la International Organization for Standardization (ISO, 2015), cuyo objetivo es asegurar y garantizar la calidad de las organizaciones mediante la elaboración de normas que deben de cumplir las organizaciones sanitarias para satisfacer a los clientes.

A partir de la elaboración de esta normativa, las organizaciones certificadas pueden demostrar que trabajan conforme a procedimientos establecidos y sometidos a seguimiento periódico y continuo por toda la organización.

3.1.3. Sistema de Gestión de Calidad Total sanitaria según el EFQM.

La gestión de la calidad en materia sanitaria ha evolucionado hasta lo que los expertos llaman Gestión de la Calidad Total, trata de dar respuestas a los problemas específicos que encierran las organizaciones sanitarias: a) deficiencia en la atención a las necesidades de los usuarios del servicio, b) perspectivas de gestión basadas principalmente en modelos a corto plazo, c) estructura excesivamente vertical de la organización, y d) deficiente gestión de la innovación (Zardoya, 2007).

Bajo esta perspectiva, la gestión de calidad sería entendida no solo como un proceso de inspección, control y aseguramiento de la misma, sino que abarcaría todos los aspectos de la organización relacionada con ella: el uso de herramientas, las técnicas empleadas, la gestión de procesos, la formación y desarrollo de empleados, la optimización de las actividades que generen valor, y la relación de la organización con otras organizaciones y agentes sociales como son los proveedores, clientes y grupos de interés.

El modelo EFQM (European Foundation for Quality Management), propone un modelo construido por un conjunto de factores críticos o criterios que interrelacionados entre sí definen a una organización teóricamente excelente, capaz de lograr y mantener los mejores resultados. Se trata pues de un modelo dinámico que permite mejoras continuas y la adaptación a nuevas situaciones del entorno (Maderuelo, 2002; Martínez, 2008).

Los criterios del modelo EFQM se dividen en dos grupos: a) criterios facilitadores: liderazgo, personas, políticas y estrategias, alianzas y recursos y procesos; b) criterios de resultados: en personas, en clientes, en la sociedad, y resultados clave (EFQM, 2014).

En materia sanitaria, estos criterios han tenido interpretaciones semejantes a la hora de aplicar los criterios generales del modelo al campo específico de intervención:

- El criterio “liderazgo” haría referencia al grado de implicación por parte de la dirección de la organización sanitaria en cuanto al desarrollo y consecución de la misión, visión objetivos y estrategias de la organización.
- La “misión” consistiría en proporcionar atención sanitaria especializada a la población que atiende, centrada en sus necesidades de salud y en criterios de mejora continua. Para ello, necesita el compromiso de todos los profesionales implicados en el proceso.
- La “visión” estaría en los aspectos organizativos del centro en aras de conseguir la excelencia sobre los servicios que presta, siendo resultados organizativos el respeto a las personas, la atención al paciente, la mejora continua, la profesionalidad, el trabajo en equipo, la equidad y la perseverancia.

Los líderes de la organización sanitaria son los componentes del equipo directivo, los jefes de equipos profesionales, los jefes del servicio y unidades, supervisores, responsables de formación y docencia y, los responsables de calidad que son los encargados de diseñar y definir las líneas estratégicas específicas para la consecución de los objetivos.

- El criterio “política y estrategia” consistiría en identificar los grupos de interés o actores sociales implicados en la organización sanitaria (autoridad sanitaria; usuarios y familiares; profesionales; proveedores; red de relaciones con otras organizaciones sanitarias; universidad y la sociedad en general) para identificar sus necesidades y expectativas.
- El criterio “personas” se refiere a la planificación de los recursos humanos en aras de que los trabajadores se adapten a la organización (composición de equipos de trabajo, necesidades, reclutamiento, funciones, formación y promoción de personal, implicación y comunicación con la organización y sistema de recompensas).
- El criterio “alianzas y recursos” es la red de relaciones de trabajo que mantiene la organización intraorganizacionalmente (grupos de interés o actores sociales) y extraorganizacionalmente (proveedores, organizaciones afines, organizaciones públicas y privadas) para optimizar el uso de los recursos y conseguir las metas de todas las partes involucradas.
- El criterio “procesos” hace referencia al conjunto de normas e indicadores dirigidos al control, seguimiento y evaluación de las actividades que se desarrollan dentro de la organización (Comisiones Clínicas, Comisiones de Calidad, guías de procedimientos, protocolos de normalización, etc.).
- El criterio “resultados” haría referencia a toda aquella información que aportan datos acerca de los resultados obtenidos en el personal,

en el cliente y en la sociedad en general, así como aquella que permita obtener información acerca de las necesidades del personal y de los actores sociales implicados, innovaciones y experiencias de otras organizaciones afines, y comunicación de los resultados obtenidos.

En términos generales, se puede decir que los modelos de gestión de calidad que se aplican en organizaciones sanitarias están influenciados por la Gestión de la Calidad Total desarrollado principalmente en la industria americana y japonesa.

No es hasta 1989, cuando aparece una primera adaptación del modelo al ámbito sanitario con el nombre *Continuous Quality Improvement* (Berwick, 1989); aunque su discontinua evolución, institucionalización y aplicación en las diferentes organizaciones sanitarias, ha provocado que en la actualidad no exista un modelo único de aplicación al sector sanitario.

En cuanto a la evolución e implementación de modelos de la calidad en materia sanitaria, las diferentes organizaciones han perseguido principalmente tres aspectos fundamentales: a) autorización por parte del órgano competente encargado de establecer los estándares y criterios de calidad, para que una organización concreta pueda implementar el proceso evaluativo que permita adaptar el comportamiento de la organización a la norma preestablecida; b) certificación de que la organización que se ha sometido al proceso de autorización y cumple la normativa correspondiente a la actividad que desempeña; y c) acreditación externa, que sucede cuando la organización recibe un reconocimiento de que su actividad cumple con unos estándares mínimos, óptimos y excelentes de su comportamiento.

3.1.4. Diferencias y similitudes entre modelos.

Sobre las posibles convergencias entre los diferentes modelos propuestos, se puede decir que los tres modelos presentados tienen como fin optimizar los resultados de las organizaciones impulsando la mejora continua PDCA (plan do, check, action); requieren del compromiso de la dirección para la consecución del mismo; y están orientados hacia el cliente, permitiendo la autoevaluación y evaluación externa (reconocimiento y premios) en todo momento del proceso.

Respecto a las posibles diferencias que nos encontramos en los modelos, se puede decir que:

- El modelo EFQM es un modelo de Gestión de Calidad Total diseñado para conseguir los principios de excelencia en la organización; mientras que los modelos basados en normativa ISO pretenden el aseguramiento de la calidad, por lo que pueden ser entendidos como una parte del modelo de excelencia.
- Ambos modelos son aplicables a cualquier tipo de organización (aunque el EFQM es más completo) mientras que el modelo JCAHO se ha

desarrollado exclusivamente para la evaluación de organizaciones sanitarias.

- A la hora de testar o comprobar el nivel de calidad de una organización, el modelo ISO siempre necesita un control externo de la organización mientras que los otros dos modelos permiten desarrollar mecanismos intraorganizacionales para evaluar el grado de avance de la organización, así como su posible comparación con otras.
- El modelo EFQM es un proceso que integra todos los elementos de la organización (clientes, propietarios, aliados, proveedores, personas, sociedad); la normativa ISO únicamente centra su atención en el cliente o potencial cliente; mientras que el modelo JCAHO se centra en los pacientes (necesidades, prácticas clínicas, y cuestiones organizacionales).
- Los niveles de reconocimiento que se consiguen con cada uno de los modelos, tienen alcance diverso; así pues, el JCAHO permite la acreditación, la normativa ISO la certificación y el modelo EFQM el premio y reconocimiento por su funcionamiento.
- En cuanto a la implementación de cada uno de los modelos, el JCAHO fue diseñado para aplicarlo en Estados Unidos, con lo que presenta problemas a la hora de ser aplicado a otros sistemas sanitarios como el español, del mismo modo que no exige el uso de auditorías internas y resultados. El modelo EFQM fue diseñado inicialmente para organizaciones de carácter empresarial, por lo que trasladarlo a otra tipología de organización implica realizar una exhaustiva revisión de la organización, adaptación del lenguaje e identificación de elementos y dimensiones para su autoevaluación.

En cuanto a los motivos para decantarse por un modelo u otro, como veremos a continuación, existen diversas apuestas que dependen de la tradición en materia de gestión de calidad por parte de los líderes y directivos, así como de aspectos contextuales (políticos, sociales, económicos y organizacionales).

3.2. Propuestas nacionales para gestionar la calidad en las organizaciones sanitarias.

Respecto al marco jurídico en materia sanitaria, se destaca principalmente:

- La Constitución Española de 1978, donde se define como una de las principales funciones del Estado en materia sanitaria la coordinación general sanitaria del sistema público español, estableciendo los mecanismos que hagan posible la mayor eficacia de las intervenciones públicas.

- La Ley General de Sanidad de 1986. A partir de su desarrollo, se produce un cambio legal en nuestro modelo sanitario, reservando al Estado por una parte (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009) y a las Comunidades Autónomas por otra, competencias específicas sanitarias.

A partir de estas dos primeras medidas, las Comunidades Autónomas son llamadas a asumir la asistencia sanitaria integral. No obstante, desde su promulgación, el modelo sanitario territorial sigue en proceso de culminación.

Por este motivo, a continuación, se describe el proceso de descentralización y la evolución de las competencias en materia sanitaria por parte de las Comunidades Autónomas.

En todos los Estatutos de Autonomía se atribuyen a las Comunidades Autónomas competencias en materia de “sanidad e higiene”; y las de Andalucía, Cataluña, Galicia, País Vasco y Navarra asumen, también, competencias de “desarrollo legislativo y ejecución en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social”. Posteriormente, a este segundo grupo se unieron la Comunidad Valenciana y Canarias, mediante Ley Orgánica de ampliación de competencias. Estas siete Comunidades han sido las primeras que recibieron las transferencias correspondientes al Instituto Nacional de Salud (INSALUD).

Desde el primer momento, el proceso de transferencias en materia sanitaria se dividió en tres bloques: las funciones tradicionales de sanidad e higiene; la denominada Administración Institucional de Sanidad Nacional (AISNA); la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que gestionó desde 1978 el INSALUD. Actualmente y desde hace ya bastante tiempo, los dos primeros bloques han concluido su proceso de transferencia a todas las Comunidades Autónomas.

En lo relativo al proceso transferencial de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, cabe señalar que se produjo en secuencias temporales diferentes debido a razones de tipo técnico y sin duda de oportunidad política tras ser aprobados los diferentes Estatutos de Autonomía. En este sentido, Cataluña fue la primera en asumir competencias en 1981, Andalucía tres años después, País Vasco y la Comunidad Valenciana en 1987, Galicia y Navarra en 1990, Canarias en 1994, hasta la actualidad, en la que el proceso de transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria a las Autonomías se ha concluido.

Este desigual proceso de transferencias ha originado una disfuncionalidad provocada por la lentitud del proceso de descentralización, en el que la existencia de diferentes sistemas organizativos y el mantenimiento de la estructura del INSALUD en una gran parte del territorio nacional durante el periodo de transferencia hasta su final culminación y desaparición, hizo redefinir el papel del Ministerio de Sanidad dificultando el papel del Gobierno central en sus funciones de coordinación.

Es por ello que, en mayo de 2002, se aprueba una Proposición de Ley por el Congreso de los Diputados, en la que se insta al Gobierno a elaborar un Plan de Calidad Total del Sistema Nacional de Salud como instrumento para concretar las funciones de coordinación del Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de calidad asistencial.

En este mismo sentido, y dando continuidad histórica al proceso de descentralización del Sistema Nacional de Salud, el 28 de mayo de 2003, entra en vigor la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, recogiendo los principios que deben garantizar la igualdad de todos los españoles en su derecho a la protección de la salud.

En esta Ley se expresa que *“al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos estatutos de autonomía, todas las comunidades autónomas han asumido paulatinamente competencias en materia de sanidad. Este proceso se ha completado con un modelo estable de financiación, a través de la aprobación de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía”* (Ley 16/2003, p. 1).

Trascurridos pues casi tres décadas desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, se han producido profundos cambios en la sociedad, tanto culturales, tecnológicos y socioeconómicos, como en la manera de vivir y enfermar; por lo que se plantean nuevos retos para la organización del Sistema Nacional de Salud, de manera que pueda adaptarse a la modernización que el entorno le exige, garantizando la equidad, la calidad y la participación social.

Se hace así necesario plantear un nuevo modelo que, aprovechando la experiencia en coordinación sanitaria obtenida hasta el momento, ofrezca nuevos instrumentos que permita garantizar un sistema público de calidad que no interfiera en la diversidad de fórmulas organizativas, de gestión y de servicios prestados por las distintas comunidades autónomas.

Para que ello sea factible, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano básico de cohesión, se crean y potencian órganos especializados que se abren a la participación de las comunidades autónomas, tales como la Agencia de Evaluación de Tecnologías, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, la Comisión de Recursos Humanos, la Comisión Asesora de Investigación en Salud, el Instituto de Salud Carlos III, el Instituto de Información Sanitaria, la

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Observatorio del Sistema Nacional de Salud.

Del mismo modo, dentro de la Administración General del Estado, se encomienda a la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, órgano dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, (actual Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad), la elaboración de los elementos de la infraestructura de la calidad, sin perjuicio de las actuaciones en este orden de las comunidades autónomas.

3.2.1. Plan de Calidad para Sistemas Nacionales de Salud (SNS):

En España, desde el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, se define el objetivo principal del plan, que consiste en dar respuesta a los retos que tiene planteados el Sistema nacional de Salud, concretamente: implementar la cohesión de sistemas; garantizar la equidad en la atención sanitaria a los ciudadanos; y asegurar que esta atención sea de la máxima calidad (Plan para SNS 2006-2010).

Para ello, se estructura en grandes áreas de actuación:

- a) Salud y prevención: encaminada a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la población.
- b) Equidad: como principio que guíe la práctica política en materia sanitaria.
- c) Recursos humanos: donde se regula todos los aspectos relacionados con el personal encargado de proporcionar servicios sanitarios (planificación, evaluación, formación, etc.)
- d) Excelencia clínica: como uno de los objetivos que persigue el Sistema Sanitario Nacional.
- e) Tecnologías de la información: como medida encaminada a habilitar los mecanismos de comunicación necesarios para generalizar el uso de tecnologías en la sociedad española para compartir información relativa a aspectos sanitarios (tarjetas sanitarias, historias clínicas, recetas electrónicas, nodos de intercambio).
- f) Transparencia: en cuanto a las prácticas políticas, profesionales, clínicas, asistenciales y de resultados, en aras de generar información que permita evaluar, analizar y diseñar futuras prácticas sanitarias.

Por tanto, desde el organismo estatal se marcan las directrices generales que han de seguir cada una de las diferentes Administraciones Autonómicas en materia sanitaria, en aras de preservar la cohesión inter-autonómica.

3.2.2. Propuestas regionales para la gestión de la calidad en organizaciones sanitarias.

Son numerosas las propuestas internacionales sobre la gestión de calidad en organizaciones sanitarias, su medición y mejora. Existen grandes diferencias entre ellas, en cuanto al marco conceptual utilizado, el nivel asistencial al que va dirigido, los objetivos perseguidos y las medidas propuestas.

En nuestro país, cada servicio regional de salud, desde que asumieron competencias en materia sanitaria, ha ido elaborando su propio sistema de información, que se ha traducido en diversas propuestas de sistemas de indicadores para medir la calidad para hospitales y centros de salud del SNS.

La Sociedad Española de Calidad Asistencial (2012) realizó un estudio sobre los indicadores de calidad más utilizados en los hospitales del SNS con el objetivo de generar un conjunto de indicadores para mejorar la mejora continua de la calidad en hospitales.

En dicho estudio, participaron 13 comunidades autónomas que contaban con contrato de Gestión de Calidad Sanitaria (Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, País Vasco, Extremadura, Galicia, Madrid, Región de Murcia y Comunidad Valenciana).

Se seleccionaron aquellas propuestas/ modelos que valoraban las dimensiones de efectividad, seguridad, continuidad o accesibilidad. En total, valoraron 352 indicadores de calidad, aunque no encontraron homogeneidad en cuanto a sus especificaciones técnicas, llegando a la conclusión de la existencia de una alta variabilidad tanto en los procesos como en el tipo de indicadores utilizados, así como en su definición y medición que puede ser debido a que: a) los indicadores utilizados son producto de revisiones anteriores; b) no se dispone de un marco conceptual, globalmente aceptado, para la clasificación de indicadores en materia sanitaria; c) la mayoría de las medidas, nacionales e internacionales sobre la mejora de la calidad, tienen enfoque macro; es decir, tratan de mejorar el sistema sanitario en su conjunto; d) La mayor parte de los indicadores se refieren al área de hospitalización quirúrgica obviando otras áreas como urgencias o consultas; y e) la mayor parte de las medidas de calidad se obtienen a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), sistema de información diseñado para otros fines distintos al de control de la calidad.

En base a esta dispersión conceptual, se realiza a continuación una breve descripción de las diferentes propuestas de calidad en materia sanitaria realizadas por las diferentes Comunidades Autónomas.

3.2.2.1. Planes de Calidad de la Junta de Andalucía.

Como consecuencia de las directrices del SNS, y en virtud de la competencia que le son propias en materia de salud, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía elaboró el I Plan Marco de Calidad y Eficiencia (2000-2004), donde establece que el ciudadano es el centro del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Por lo tanto, sus necesidades, demandas, expectativas y satisfacción se convierten en los objetivos fundamentales de la política sanitaria andaluza (Consejería de la Junta de Andalucía, 2001).

En el II Plan de Calidad Sanitaria Andaluza (2005-2008), se recoge el cambio social en materia sanitaria, producido y determinado por varios factores fundamentales: por una parte, el ciudadano ha adoptado un papel mucho más activo en el sector sanitario y cada día adquiere un mayor protagonismo; y por otro lado, otros elementos que determinan y seguirán determinando las formas de prestación de los servicios de salud en su perspectiva técnica, organizativa y funcional, entre otras (Consejería de la Junta de Andalucía, 2006).

En este sentido, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía hace una apuesta clara por la calidad en la atención sanitaria, entendida como un concepto integral donde intervienen múltiples variables, entre las cuales la satisfacción de los ciudadanos es el elemento irrenunciable que define el enfoque de calidad que se persigue (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2016).

La Consejería de Salud, impulsando estas actuaciones y colocándolas en el núcleo de la nueva política sanitaria andaluza, se responsabiliza de la creación del Marco Político-Estratégico en materia de Calidad y Eficiencia, regulando sus respectivos contratos-programas para adaptarlos a sus planes de gestión y líneas estratégicas estableciendo un modelo de calidad híbrido compuesto de gestión de procesos sanitarios integrados que comparte un modelo integral de gestión por competencias y un modelo de acreditación y evaluación externa (Junta de Andalucía, 2001,2010).

El Plan de Calidad (2010-2014) supone un compromiso de trabajo de la propia Consejería de Salud y de su plan de evaluación cuatrienal de resultados para todos y cada uno de los proveedores de salud, en el que se marcan y definen claramente los siguientes escenarios de actuación:

1. Ciudadanía:

- Objetivo 1: La persona, sus diferencias y su estado de salud, orientarán la atención sanitaria. Se desarrolla en 4 líneas de actuación (1.1. Características de las personas desde diferentes ámbitos; 1.2. Necesidades de las personas orientadas a las acciones; 1.3. Avance en el desarrollo efectivo de los derechos de ciudadanía; y 1.4. El papel activo de la persona en el ejercicio de sus derechos).

- Objetivo 2: Respuesta única para la atención sanitaria, integrada y segura a la ciudadanía. Se desarrolla en 5 líneas de actuación (2.1. El proceso de asistencial integrado; 2.2. Mejorar los resultados en todas las actuaciones, especialmente en el desarrollo de planes; 2.3. Reducción de tareas burocráticas y administrativas; 2.4. Implantación de un modelo de atención segura del paciente; y 2.5. Salud potenciada a partir de la ayuda mutua y los servicios sanitarios).
- Objetivo 3: Comunicación y participación de la ciudadanía. Se desarrolla en 5 líneas de actuación (3.1. Conseguir una comunicación única con la persona; 3.2. Corresponsabilidad de la ciudadanía en el costo de la atención sanitaria; 3.3. Transparencia al servicio de la ciudadanía, mejorando la toma de decisiones informada; 3.4. Participación de la ciudadanía tanto individual como colectivamente; y 3.5. Diversificar y adecuar los canales de participación).
- Objetivo 4: Incorporar los valores y las preferencias de las personas en las decisiones. Se desarrolla en 3 líneas de actuación (4.1. Adaptar y hacer accesible al ciudadano el conocimiento del sistema sanitario; 4.2. Desarrollar herramientas que permitan incorporar las expectativas, percepciones, valores y preferencias de la ciudadanía; y 4.3. Establecer sistemas que permitan intercambio de conocimiento entre los profesionales y ciudadanos).

2. Profesionales del SSPA como protagonistas del cambio:

- Objetivo 1: Reforzar el compromiso, la autonomía y participación del profesional en su desarrollo de sus competencias y conocimientos. Se desarrolla en 6 líneas de actuación (1.1. Potenciar el desarrollo de los profesionales; 1.2. Desarrollar la gestión por competencias; 1.3. Desarrollar la adquisición de competencias; 1.4. Desarrollar el modelo de carrera profesional; 1.5. Garantizar que la acreditación sea un valor profesional; y 1.6. Desarrollo de competencias de los directivos).
- Objetivo 2: El profesional como agente facilitador del paciente en el recorrido por el sistema sanitario. Se desarrolla en 3 líneas de actuación (2.1. Potenciar la figura del profesional en la gestión clínica; 2.2. Establecer medidas en todas las estrategias, planes y programas asistenciales; y 2.3. Modernizar y simplificar los procesos asistenciales integrados).

- Objetivo 3: Desarrollar la estrategia de I+D+I en el desarrollo de nuevas expectativas, conocimiento y desarrollo. Se desarrolla en 6 líneas de actuación (3.1. Diseñar y potenciar la I+D+I en salud; 3.2. Incentivar el capital humano potenciador; 3.3. Promover los cambios organizativos y normativos; 3.4. Fomentar las alianzas y relaciones estables con otras organizaciones; 3.5. Promover la investigación dirigida a evaluar el impacto real en salud; y 3.6. Introducir técnicas y metodologías de la investigación).
 - Objetivo 4: Desarrollar y consolidar instrumentos accesibles sobre la gestión del conocimiento. Se desarrolla en 3 líneas de actuación (4.1. Avanzar en la incorporación de la innovación en la organización y el desarrollo de nuevas TIC; 4.2. Hacer cada vez más accesible el apoyo a la investigación y 4.3. Herramientas virtuales al servicio de los profesionales).
 - Objetivo 5: Redefinir las competencias profesionales para potenciar la complementariedad de los roles profesionales. Se desarrolla en 5 líneas de actuación (5.1. Desarrollar el marco competencial de todas las profesiones; 5.2. Adaptar el modelo competencial al perfil profesional; 5.3. Facilitar el desarrollo de las competencias profesionales; 5.4. Reforzar las competencias relacionadas con los cuidados; y 5.5. Integrar en los sistemas de formación y desarrollo profesional el nuevo paradigma profesional basado en salud pública).
 - Objetivo 6: Adecuar la organización a sus profesionales, su diversidad, y características específicas en un entorno de trabajo saludable. Se desarrolla en 6 líneas de actuación (6.1. Potenciar las medidas de apoyo al profesional; 6.2. Desarrollar mecanismos que potencien la comunicación interna; 6.3. Rediseñar el contexto laboral adaptándolo a las nuevas necesidades; 6.4. Favorecer medidas de conciliación vida profesional vida personal; 6.5. Favorecer medidas de promoción de la salud en el trabajo; y 6.6. Integrar la innovación).
3. Espacio compartido. Una organización basada en valores compartidos:
- Objetivo 1: Favorecer y desarrollar la gestión clínica de manera integral, descentralizada e interactiva. Se desarrolla en 8 líneas de acción (1.1. Consolidar un modelo de gestión clínica; 1.2. Profundizar en el diseño de la unidad de gestión clínica; 1.3. Avanzar en el desarrollo de procesos asistenciales integrados; 1.4. Afianzar el modelo de Gestión Clínica; 1.5. Orientar la actividad de los equipos profesionales; 1.6.

- Potenciar la evaluación de los resultados; 1.7. Incorporar de forma efectiva la seguridad como práctica profesional y 1.8. Solicitar acreditación de las unidades clínicas).
- Objetivo 2: Transformar el modelo organizativo para que permita mayor desarrollo de la gestión clínica, desarrollo profesional, descentralización de servicios y participación de la ciudadanía. Se desarrolla en 4 líneas de actuación (2.1. Promover flexibilidad de las estructuras organizativas; 2.2. Afrontar nuevas necesidades organizativas adaptadas al modelo; 2.3. Definir un mapa de unidades de referencia; y 2.4. Desarrollar estrategias de acción en salud).
 - Objetivo 3: Potenciar el conocimiento como valor central de la organización. Se desarrolla en 7 líneas de acción (3.1. Favorecer la investigación básica y clínica; 3.2. Favorecer la investigación de las unidades clínicas; 3.3. Identificar los intereses compartidos entre ciudadanía y profesionales; 3.4. Potenciar los mecanismos para la trasmisión del conocimiento; 3.5. Analizar de forma sistemática la toma de decisiones e intervenciones; 3.6. Aumentar las competencias en la gestión del conocimiento; y 3.7. Promover la formación sobre los determinantes sociales).
 - Objetivo 4: Potenciar el desarrollo de un espacio común basado en valores compartidos entre ciudadanos, profesionales y la organización. Desarrollado en 8 líneas de actuación (4.1. Explicitar el modelo de valores de la organización; 4.2. Incorporar la formación en valores; 4.3. Garantizar la autonomía y el respeto a los valores personales; 4.4. Potenciar la corresponsabilidad ciudadana; 4.5. Generar un nuevo conocimiento sobre bioética; 4.6. Consolidar y mejorar las estructuras organizativas; 4.7. Incorporar las conexiones con otros sistemas de ganancia en salud; y 4.8. Conseguir mejorar los espacios de trabajo.
4. Contextos compartidos, mundo global y en red: Se busca potenciar un modelo de organización abierta y comprometida con las necesidades de la sociedad, generando entornos de alta calidad ciudadana, ambiente social saludable y equitativo, desarrollo económico y social, acciones compartidas con organizaciones de trabajadores y empresariales, y estilos de vida adecuados.

El III Plan de Calidad (2010-2014) lo concretan 18 “Proyectos Plan de Calidad del SSPA”, desarrollados en 143 líneas de actuación (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía). Se establece un método de trabajo multidisciplinar, con la participación directa de personas y organizaciones de todo el sistema sanitario público de Andalucía distribuidos en grupos de trabajo, que desarrollarán los objetivos de cada una de las líneas descritas.

La continuidad asistencial se presenta por ello como un elemento clave a la hora de abordar los contenidos de la línea estratégica de calidad. En este sentido, concienciar a los centros asistenciales de la importancia de la acreditación de competencias profesionales, de los propios procesos asistenciales, así como de la estructura y el equipamiento, es un objetivo estratégico de primer orden, que puede aportar un mayor dinamismo a las organizaciones. Es necesario avanzar en el estudio de los diferentes modelos de acreditación existentes e identificar los que mejor se adapten a las características de los servicios, lo que permitirá desarrollar un modelo andaluz de calidad.

Para lograrlo, la Agencia de Certificación Andaluza asume la supervisión y la gestión de los distintos procesos de acreditación. Esta Agencia será la encargada de desarrollar una línea de colaboración que permita aunar diferentes modelos y aplicarlos según las características de los centros y/o servicios, promoviendo además una red de centros con certificados de acreditación que sin duda supondrá un potente impulso para la innovación e incentivación profesional.

	PERIODO	MODELO	ORGANISMO	LÍDERES	ESTRATEGIAS	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS EVALUACIÓN
A N D A L U C Í A	Competencias Sanitarias (1984)	Plan de Calidad I (2000/2004)	Agencia de Calidad Andaluza	Consejero de Sanidad	<u>Plan de Calidad I (2000/2004)</u>	<u>Plan de Calidad I (2000/2004)</u> 39 objetivos transformados a indicadores	<u>Plan de Calidad I (2000/2004)</u> Se introduce el Modelo EFQM con su mismo método	Disponibles y publicados por la Agencia de Calidad Sanitaria
	Plan de Calidad I (2000/2004)	Plan de Calidad II (2005/2008)			4 procesos estratégicos	.	<u>Plan de Calidad II (2005/2008)</u> Se definen 25 proyectos estratégicos traducidos en indicadores	Autoevaluación y evaluación externa
	Plan de Calidad II (2005/2008)	Modelo basado en EFQM			<u>Plan de Calidad II (2005/2008)</u>	<u>Plan de Calidad II (2005/2008)</u> 45 objetivos y 213 líneas estratégicas		
	Plan de Calidad III (2010/2014)	Plan de Calidad III (2010/2014)			5 procesos estratégicos Desarrollado en 25 proyectos de intervención	<u>Plan de Calidad III (2010/2014)</u> 15 objetivos desarrollados en líneas de actuaciones concretas	<u>Plan de Calidad III (2010/2014)</u> Definen 16 programas de certificación, con estándares traducidos en indicadores. Se autoevalúa y evalúa el grado de ajuste/ cumplimiento de cada uno de los estándares	
	Plan de Calidad III (2010/2014)	Propio (híbrido): -Gestión por procesos sanitarios integrados -Modelo integral de gestión por competencias -Modelo de Acreditación de Andalucía			<u>Plan de Calidad III (2010/2014)</u> Se definen 4 escenarios de actuación: - Ciudadanía - Profesionales - Organización - Sociedad			

Tabla 6. Síntesis de las propuestas de calidad de la Junta de Andalucía.

3.2.2.2. Plan de Calidad de la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Familiar del Gobierno de Aragón.

En el 2011 el Gobierno de Aragón, concretamente desde la Dirección de Calidad y atención al usuario, diseña un plan estratégico encaminado a centrar actuaciones en tres ámbitos específicos (Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Familiar del Gobierno de Aragón, 2012): a) Unificar y coordinar criterios en cuanto a atención sanitaria y social de los ciudadanos; b) Planificar una red de atención al usuario a través del Plan de Atención al Usuario y ; c) establecer estrategias encaminadas a la calidad de los servicios y a la excelencia de la organización.

Dicho plan trata de adaptar el Modelo de Calidad Total (EFQM) para aplicarlo a organizaciones sanitarias y de servicios sociales de la Comunidad Autónoma. Para ello, diseñan un programa de apoyo a las iniciativas y mejora de la calidad y salud, en el cual por un lado se determinan los objetivos de calidad en el contrato de gestión de calidad, a partir de los estándares obtenidos de la *Joint Commision Accreditation*, y por otro se cuenta con los mecanismos de autoevaluación para garantizar la consecución de niveles de excelencia.

El plan de actuaciones que va encaminado a hacer un diagnóstico de la situación la organización a través del método DAFO para poder implementar el modelo de gestión de calidad centrado principalmente en la evaluación de tres aspectos: evaluación de la estructura y análisis de la calidad de los medios con los que cuentan, evaluación del proceso y evaluación de los resultados obtenidos.

Para la realización de este proceso, se establecen 5 grandes líneas de Actuación o Estrategias (Liderazgo, Procesos, Ciudadano, Profesionales y Sociedad) y definen los objetivos a conseguir en cada una de esas líneas detallando las actividades a realizar y la calendarización de las mismas.

Aun no se encuentran disponibles los principales resultados obtenidos de este proceso evaluativo.

	PERIODO	MODELO	ORGANISMO	LÍDERES	ESTRATEGIAS	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS EVALUACIÓN
A R A G Ó N	Competen- cias Sanitarias (2001)	EFQM Programa de apoyo a las iniciativas y mejora de la calidad en salud	PLAN DE CALIDAD	Consejería de Sanidad, Bienestar social y Familia	5 Estrategias desarrolladas en líneas de actuación	Diseñar y evaluar planes de gestión de calidad	Análisis de calidad de medios (evaluación de estructura) métodos (evaluación de proceso)y resultados (evaluación de resultados)	No se aportan resultados en fase de diseño, planificación y evaluación
	Plan de Calidad 2011-14	EFQM		Equipo técnico				
		Autoevaluación		Dirección general de calidad y atención al ciudadano				
		Objetivos de calidad en contrato de gestión						
		Estándares de la <i>Joint Commision Accreditation</i>						

Tabla 7. Síntesis de las propuestas de calidad de la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Familiar del Gobierno de Aragón.

3.2.2.3. Plan y Estrategias de Calidad para la Administración Sanitaria del Principado de Asturias.

Desde la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias (2003,2013), concretamente desde la Dirección General de Organización de las prestaciones Sanitarias, se establecen y se definen las estrategias a seguir en materia sanitaria para los años 2003-2007 y 2013-2015.

Durante estos periodos de tiempo, se trata de hacer un abordaje integral de la calidad en materia sanitaria; para ello, se elabora un modelo de gestión de calidad que integra elementos de los modelos *Joint Commision*, ISO y EFQM.

Esta iniciativa trata de establecer las bases en materia de sanidad combinando, de forma simultánea, una serie de factores:

1. Ejes estratégicos: a) diseño del plan de salud; b) participación de las personas; c) utilización de 'contrato programa'², d) incorporación modelos internacionales calidad³ y e) Elaboración de un Modelo organizativo⁴.
2. Estadios de salud: (a) mantener la salud; b) mejorar o curar la enfermedad; y c) vivir con la enfermedad y d) afrontar el final de la vida).
3. Dimensiones de la calidad: (a) accesibilidad; b) continuidad; c) efectividad; d) seguridad; e) atención centrada en paciente; y f) utilización de recursos.

Los objetivos presentados en el plan no parecen estar ligados directamente a las estrategias anteriormente descritas: 1) establecer un marco que permita un enfoque común para mejorar calidad; 2) aumentar corresponsabilidad de todos los grupos de interés; 3) implementar cultura de calidad; 4) elaborar un sistema de prestación integrado y uniforme; 5) aumentar la participación ciudadana y profesional en la definición de necesidades de salud, servicios y calidad deseados; 6) incrementar el potencial de la organización para que se aumente la responsabilidad en gestión de mejoras de la calidad; y 7) promover la confianza pública en el sistema sanitario a través de procesos de mejora.

²El contrato programa es un instrumento para monitorizar los programas de calidad; permite medir el nivel de calidad alcanzado en el sistema de salud.

³Modelos internacionales de calidad, para implementar cultura organizacional sobre aquellos resultados críticos; para ello, lejos de una simple monitorización de las áreas de mejora, pretenden incorporar modelos internacionales de calidad que permita mejorar todos aquellos aspectos que estén relacionados con la calidad.

⁴Para implementar las estrategias, detallar las funciones, asignar las responsabilidades y calendarizar las actividades en función de: a) los programas clave de atención interdisciplinar; b) las áreas de monitorización para la mejora); y c) la gestión de la calidad y la evaluación externa.

La estrategia de iniciar e implementar el plan siguiendo los objetivos generales se basa en tres ejes: 1) Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI); 2) Gestión de calidad y evaluación externa; y 3) Áreas de Monitorización para la Mejora.

Para ello, se traza una serie de pasos a seguir:

- 1) Diagnosticar necesidades por parte de centros y PCAI (en base a 14 necesidades/ problemas)
- 2) Definir criterios de calidad por parte de ciudadanos y profesionales (14 grupos de ciudadanos y 14 grupos de profesionales)
- 3) Priorizar necesidades/ objetivos.
- 4) Revisar del Contrato Programa de la Dirección General de Organización de las prestaciones sanitarias (incorporar criterios de calidad PCAI, conformando áreas de monitorización de mejora).
- 5) Implementar el modelo intersectorial (atención primaria, hospital, salud mental, otras administraciones, socio-sanitario, y comunidad)
- 6) Actuar en aspectos y áreas de mejora del PCAI en función de dimensiones de calidad/estados de enfermedad.
- 7) Elaborar una guía de prácticas, mapas del proceso, acciones formativas, sistema de información, actividades evaluativas, auditorías internas y externas de objetivos y encuestas de satisfacción).
- 8) Gestionar la calidad y la evaluación externa:
 - 8.1. Mejorar sistemas y desarrollo organizativo de centros mediante modelo EFQM;
 - 8.2. Fomentar la identificación y mejoras de procesos clave y correspondencia con sistemas de evaluación externa: mediante auditoría del contrato programa, certificación de normas ISO y acreditación de estándares internacionales de la *Joint Commision* para atención primaria y especializada.
- 9) Implementar áreas de monitorización para la mejora, con seguimientos anuales del contrato programa.
- 10) Calendarizar la implementación.

Una vez finalizado el plan, debido posiblemente a un nuevo contexto socioeconómico, se da una ruptura con el modelo propuesto anteriormente y se diseña un conjunto de actuaciones aisladas en materia sanitaria; concretamente: a) estrategias para el desarrollo de los sistemas de información de salud con las siguientes medidas: historial clínico electrónico, redes electrónicas, cita web, facturación a terceros, cuadro de mando integral, telemedicina, teleoftamología, teledermatología); b) Plan de Innovación y

Reorganización de Infraestructuras; c) tecnologías sanitarias del; d) promoción de la calidad en la asistencia; y e) promoción de la seguridad del paciente.

PERIODO	MODELO	ORGANISMO	LÍDERES	ESTRATEGIAS	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS EVALUACIÓN	
A S T U R I A S	Competen- cias Sanitarias (2001)	Modelo propio complementario (integrado en Plan de Salud):	Estrategias de calidad para la administración sanitaria del Principado de Asturias	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios	E. 1: Plan de salud para Asturias	Los objetivos no están directamente relacionados con las estrategias planteadas	Iniciar e implementar los objetivos generales en base a tres ejes:	No se aportan resultados, en fase de diseño, planificación y evaluación
	Plan y Estrategias de Calidad 2003-2007	-ISO - <i>Joint Commission</i>		Equipo técnico (250 profesionales)	E. 2: Participación real y enriquecimiento de personas	marcan 7 objetivos clave a conseguir, en base a tres focos:	1-Programas clave de atención interdisciplinar (PCAI) 2-Gestión de calidad y evaluación externa	
	Proyecto estratégico 20; Plan asistencial de calidad y Seguridad del Paciente 2013-2015	-EFQM			E. 3: Utilización del contrato programa	-Programas clave de atención interdisciplinar	3-Áreas de monitorización para la mejora. Detalla 11 fases, que va desde el diagnóstico a la calendarización de actividades a implementar	
					E. 4: Adopción de modelos de calidad internacionales	-Gestión de calidad y evaluación externa		
					E. 5: Elaboración de modelo organizativo	-Áreas de motorización de la mejora		

Tabla 8. Síntesis de las propuestas de calidad de la Junta de Andalucía.

3.2.2.4. Servicio de evaluación, acreditación e inspección de la Consejería de salud del Gobierno de las Islas Baleares.

Desde la Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social, se establecen las normas jurídicas, en forma de Real Decreto (1277/2003 de 10 de octubre), en aras de regular la calidad sobre la atención integral a la salud, procurar altos niveles de calidad en las instituciones sanitarias públicas y privadas, así como fomentar la participación del ciudadano y aumentar la autonomía en la toma de decisiones (Consellería de Salut, Familia y Bienestar Social del Govern de les Illes Balears, 2009, 2012).

Se crea un marco jurídico que regula la calidad de calidad de los centros, servicios y establecimientos sanitarios (Decreto 46/2003, de 1 de junio). Para darle cumplimiento, se crea la Comisión Autónoma de Acreditación de los Centros Sanitarios de las Islas Baleares, y se aprueba el programa de acreditación de los hospitales, de centros específicos, de autoevaluación interna, así como los criterios y estándares exigidos por el Servicio de Evaluación, Acreditación e Inspección.

Todo el proceso de gestión de calidad se puede resumir en las siguientes fases: diagnóstico, autoevaluación y acreditación.

- Diagnóstico: Se realiza a través de una herramienta interactiva denominada Sistema de Información de Calidad Especializada (SIQUAE) que permite ofrecer información acerca del nivel de cumplimientos de estándares o normas de una organización sanitaria para poder ser acreditada.
- Autoevaluación: mediante un programa de acreditación de hospitales, se diseñan una serie de estrategias de actuación. Para ello, se proponen un sistema de indicadores en forma de enunciados que informan acerca del grado de cumplimiento y obligatoriedad, así como de los criterios de evaluación:
 - Liderazgo y estrategias (compuesto por 29 ítems).
 - Personas (compuesto por 24 ítems).
 - Alianzas y recursos (compuesta por 23 ítems).
 - Metodología (compuesta por 42 ítems).
 - Resultados (compuesta por 47 ítems).
- Evaluación: cada centro sanitario solicita el reconocimiento administrativo del nivel de calidad en función de unos estándares e indicadores correspondientes al programa de acreditación.
- Acreditación: aquellas organizaciones que hayan pasado el proceso de evaluación externa de forma exitosa, podrán obtener por parte de la Dirección General de Salud Pública y Consumo el reconocimiento del nivel de calidad en función de los estándares conseguidos:
 - Acreditación sanitaria nivel I: cumpliendo el 100% de los estándares obligatorios y el 50% de los recomendables.
 - Acreditación Sanitaria nivel II: cumpliendo el 100% de los estándares obligatorios y el 75% de los recomendables.

- Acreditación Sanitaria nivel III: cumpliendo el 100% de los estándares obligatorios y el 100% de los recomendables.

Como se puede observar, la iniciativa llevada a cabo por el Gobierno de Baleares, integra perspectivas de los diferentes modelos de gestión de calidad: para la fase de diagnóstico, utiliza un sistema de indicadores (SIQUAE); para la fase de autoevaluación, el enfoque EFQM; y para las fases de evaluación y acreditación externa, el Modelo Normativa ISO.

PERIODO	MODELO	ORGANISMO	LÍDERES	ESTRATEGIAS	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS EVALUACIÓN
Competencias Sanitarias (2001)	Modelo jurídico-normativo	Servicio de Evaluación, Acreditación e Inspección	Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social	1-Normativa	Atención integral a la salud	Se valoran estándares en cuanto a nivel de cumplimiento en determinadas fases:	No se aportan resultados en fase de diseño, planificación y evaluación
Plan I B Salud 2020	Diagnósticos: con el sistema de información de calidad de atención			2-Autoevaluación:	Altos niveles de calidad en instituciones públicas y privadas	-Diagnostico	
B				2.1. Liderazgo y estrategias			
A				2.2. Personas		-Autoevaluación (165 estándares / ítems)	
L	Promoción de la Salud 2008-2011	especializada (SIQUAE)		2.3. Metodología	Aumento de la participación ciudadana	-Evaluación	
E				2.4. Resultados			
A	Plan de Calidad 2003-20013	Autoevaluación (EFQM)		3-Evaluación: coherencia y consenso en dirección; participación	Aumento de la autonomía de las decisiones individuales y expectativas	-Acreditación	
R							
E		Evaluación externa y acreditación (ISO)					
S	Plan I B Salud 2020 Promoción de la Salud.			4-Acreditación			

Tabla 9. Síntesis de las propuestas de calidad de la Consejería de Salud del Gobierno de las Islas Baleares.

3.2.2.5. Plan de Salud de Canarias (PSC) para la innovación en la Gestión de la Salud y Servicios.

Desde la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, se han llevado a cabo tres planes de Salud como herramientas orientativas que de la actividad sanitaria en la Comunidad de Canarias (Gobierno de Canarias, 1998, 2005, 2014).

De manera explícita, en ninguno de esos documentos de trabajo se ha hecho mención a la gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias de la comunidad pero, analizando los documentos base, se presenta un modelo para diseñar la gestión de la misma, del mismo modo que se presentan las evaluaciones y los principales resultados obtenidos que han seguido de guía para el diseño y la presentación del anteproyecto del Plan III (2014-2017), que regula toda la actividad en materia sanitaria.

En este anteproyecto, se destacan las condiciones y los determinantes óptimos para la salud, y se identifican los principales ámbitos de intervención.

En concreto, se identifican tres grandes líneas estratégicas, concretadas en objetivos específicos a conseguir:

Estrategia 1: influir sobre los determinantes de la salud; incidir proactivamente sobre los factores de riesgo y estilos de vida; impulsar la participación ciudadana; crear consejos de salud; introducir la salud en todas las políticas; y potenciar los servicios de Salud Pública.

Estrategia 2: reorientar el sistema centrándolo en el paciente, las enfermedades crónicas y la integración del servicio (2.1. Orientar el Sistema Canario de Salud hacia la integración de servicios: Primaria, Especializada, Salud Mental y Salud Pública; 2.2. Potenciar una Atención Primaria Sanitaria más resolutoria, integral, participativa y de calidad; y 2.3. Impulsar una Atención Especializada más eficiente, personalizada y coordinada con la Atención Primaria)

Estrategia 3: impulsar la gestión de la información y el conocimiento (3.1. Incidir en la investigación de los problemas de salud y del sistema sanitario; 3.2. Formar profesionales en las áreas de impacto del III PSC; 3.3. Potenciar las TIC's para la continuidad de los cuidados y la integración de los servicios; y 3.4. Desarrollar el sistema de evaluación y de comunicación del III PSC).

La dirección del Servicio Canario de Salud presenta informes técnicos informando acerca de los resultados y las evaluaciones mediante un sistema de indicadores que valoran el grado de cumplimiento por áreas de impacto y colaboración de los planes implementados con anterioridad, y especifican los resultados esperados para el anteproyecto del III PSC.

A diferencia de los planteamientos anteriores cuyas políticas para la gestión de la calidad estaban basados en los principales modelos para la gestión de la calidad (EFQM, ISSO y/o JCHAO), las medidas llevadas a cabo en la Comunidad Canaria tratan de desarrollar un sistema de indicadores que

permitan evaluar los principales factores determinantes de salud propuestos por Dahlgren y Whitehead Williams (2011).

	PERIODO	MODELO	ORGANISMO	LÍDERES	ESTRATEGIAS	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS EVALUACIÓN
C A N A R I A S	Competen- cias Sanitarias (1994)	Plan de Salud de Canarias para la Innovación en la Gestión de la	Unidad de apoyo Dirección del Servicio Canario de Salud	Consejería de Sanidad, Servicio Canario de Salud del Gobierno de Canarias	1-Influir sobre los determinantes de la salud	3 objetivos generales y 11 objetivos específicos, desarrollando cada una de las líneas estratégicas	Cada uno de los objetivos específicos está desarrollado además por diferentes objetivos operativos que a su vez se traducen en sistemas de indicadores	Se presentan los resultados de los planes anteriores
	Plan de Salud I 1997-2001	Salud y Servicios (I, II, III)			2-Reorientar el sistema centrándolo en el paciente, las enfermedades crónicas y la integración del servicio			Realizan evaluaciones finales mediante un sistema de indicadores
	Plan de Salud II 2004-2008	Sistema de indicadores.						
	Plan de Salud III 2015-2017	Gestión por procesos			3-Impulsar la gestión de la información y el conocimiento			

Tabla 10. Síntesis de las propuestas de calidad de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.

3.2.2.6. Plan de Salud de Castilla-La Mancha.

En cuanto a las iniciativas políticas para fomentar la calidad en el servicio sanitario de Castilla-La Mancha, podemos observar dos periodos claramente diferenciados:

Periodo 2001-2010: con los planes de calidad 2002, 2003 y 2004 (Consejería de Sanidad del Gobierno de Castilla-La Mancha, 2002), en el cual se pretende gestionar la Calidad Sanitaria siguiendo el Modelo EFQM, desarrollado y apoyado con medidas político-jurídicas como la Ley de garantías en Atención Sanitaria especializada; el plan de inspección; el plan de los pequeños detalles; y las tecnologías de la información.

En el 2004, la Consejería de Salud diseña un plan de Salud de Castilla-La Mancha, que tiene como objetivo fundamental adaptarse a los objetivos y estándares propuestos por el INSALUD en materia sanitaria (Consejería de Sanidad del Gobierno de Castilla-La Mancha, 2004). Concretamente: Mejorar la atención primaria, especializada, de urgencias y emergencias, así como el transporte sanitario.

Para ello, y cogiendo como referencia el modelo EFQM, establecen 8 principales estrategias (liderazgo, política, personas, procesos, resultados en clientes, en personas, en la sociedad y resultados clave), operacionalizadas en 52 objetivos. Para su evaluación, en cada objetivo se incluyen dos apartados: a) metodología de mejora de áreas de interés específicas y b) metodología de evaluación basada en experiencias anteriores. Las estrategias y objetivos se aplican a determinadas áreas de acción: atención primaria, atención especializada, urgencias y emergencias, transportes sanitarios, oficinas provinciales de prestaciones, servicios centrales, resonancia nuclear magnética y tomografía axial computarizada.

En el 2006, se diseña el Plan de calidad del SESCOAM 2006, donde se establece una serie de objetivos para mejorar (Chacón Fuertes, 2006)

En cuanto a los principales resultados obtenidos en este periodo, no se conocen datos publicados; sin embargo, aparecen dos informes anuales del sistema nacional de Castilla-La Mancha (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008, 2010), en los que se informa sobre los resultados obtenidos en una evaluación de la calidad del servicio en general (concretamente atención primaria, atención especializada, atención hospitalaria, y atención en urgencias), realizados a partir de la valoración de la satisfacción de los usuarios mediante encuesta.

Periodo 2011-2020: estrategias aisladas 20/20. Modelo de Castilla-La Mancha.

A nivel organizativo, se reestructura y fusiona la Consejería de Salud con la de Bienestar Social como consecuencia de la crisis económica, y se trazan unas nuevas directrices que rompen sustancialmente con el periodo anterior.

Bajo este nuevo panorama, se plantea un modelo unificado para los Servicios Sociales y Sanitarios en Castilla-La Mancha; un mapa social y sanitario único, con tarjeta social y sanitaria única, historias sociales y sanitarias compatibles, protocolos de actuación, metodología de gestor de casos y procesos, enfoque de las estrategias a los resultados, y evaluación de la eficiencia en la utilización alternativa y complementaria de recursos sociales y sanitarios.

Este nuevo modelo consta de diez objetivos y ocho ejes estratégicos (se concretan 43 metas operacionalizadas en 116 indicadores): 1) mejorar la autonomía personal; 2) la inclusión social; 3) la salud en todas las etapas de la vida; 4) organizar el sistema de cuidados centrado en la persona; 5) garantizando la continuidad; 6) participación social; 7) desarrollar todos los procesos de formación; 8) innovación y formación orientada al desarrollo de la mejora continua; 9) la calidad en la salud; y 10) el bienestar social.

Para su evaluación, se designa a un comité de seguimiento compuesto por profesionales de la consejería y expertos que realizan un informe anual contemplando: evaluación continuada, evaluación objetiva, evaluación cuantitativa y cualitativa, y evaluación transparente.

	PERIODO	MODELO	ORGANISMO	LÍDERES	ESTRATEGIAS	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS EVALUACIÓN
C A S T I L A M A N C H A	Competen- cias Sanitarias (2001)	Ruptura y cambio: de un modelo integral EFQM (Estrategias	Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001- 2010	Consejería de Sanidad Dirección de Gerencia del	<u>Plan 2004:</u> (9 estrategias y 52 objetivos a cumplir)	<u>Plan 2004:</u> adaptación de los objetivos y estándares propuestos por el INSALUD:	<u>Plan 2004:</u> Operacionalización objetivos INSALUD: -Criterios, subcriterios, indicadores	Evaluación externa y autoevaluación de planes
	Plan de Calidad 2001-2010	2001 a 2010: Plan de Calidad 2002,2003 y 2004)	Plan de Salud y de Bienestar Social de Castilla-La Mancha 2011- 2020	Servicio de Salud (2001- 2010)	<u>Estrategias 20/20:</u> (8 ejes estratégicos, 43 metas y 116 indicadores)	-Mejora de atención primaria, especializada, urgencias emergencias y trasporte sanitario. (visión integral)	-Evaluación y monitorización de indicadores -Metodología de mejora (experiencias, estrategias, herramientas para mejorar)	
A I S L A D A S	Estrategias - aisladas 2011-2020	a estrategias 20/20 aisladas. Evalúan objetivos independientes a los objetivos de la institución (2011-2020)	Decreto 1/2002 de estructura orgánica y funciones del SESCAM			<u>Estrategias 20/20:</u> 10 objetivos	-Metodología de evaluación (de actuaciones anteriores)	

Tabla 11. Síntesis de las propuestas de calidad de Castilla La Mancha.

3.2.2.7. Planes de Salud de Castilla y León.

La gestión de la calidad en la comunidad de Castilla y León viene marcada fuertemente por sus características demográficas (envejecimiento de la población, crecimiento vegetativo de la población negativo, municipios poco poblados y dispersión en pequeños municipios a lo largo de toda la comunidad autónoma). Es una de las comunidades donde mayor dispersión demográfica existe y donde se da mayor dificultad para el acceso a los servicios sanitarios (Marcos-Ortega y Revilla-Ramos, 2004).

Ante este panorama, la Gerencia Regional del Servicio de Salud de Castilla y León trata de ofrecer respuesta a esta problemática mediante el diseño de un modelo de atención sanitaria basado en los siguientes principios: 1) apuesta por el sistema sanitario público (universalidad, gratuidad, equidad y solidaridad), 2) participativa, 3) integrada e innovadora, 4) autosuficiente, 5) accesible.

No existe ningún órgano específico encargado de la mejora de la calidad en materia sanitaria, sino que varias direcciones generales se encargan de desarrollar competencias sobre el seguimiento, control, inspección y evaluación del funcionamiento de los centros y servicios sanitarios, incluyendo la coordinación, elaboración y seguimiento del programa de mejora y calidad de los servicios de la gerencia regional de salud, así como la “propuesta de condiciones y requisitos para la acreditación de centros y servicios”.

En el año 2000, mediante el Decreto 46/2000, se establece la filosofía y metodología para implementar un modelo de gestión de calidad basado en el modelo EFQM.

En el 2002, se trató de impulsar un proceso de mejora continua en todos los organismos sanitarios y se aprueba el “programa departamental de mejora y calidad de los servicios de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social”.

En 2003, se produjo una reestructuración de las consejerías de la Junta de Castilla y León. Se separaron los servicios Sanitarios y Sociales, antes aglutinados en la Consejería de Sanidad y Bienestar Social. El servicio de Calidad Asistencial pasó a llamarse Servicio de Calidad y Acreditación del Sistema Sanitario.

En la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, se han diseñado cuatro planes de salud y dos planes enfocados a mejorar la calidad en el ámbito sanitario.

El I Plan estratégico de Salud de Castilla y León marcó las directrices a seguir entre los años 1991-1996 (Junta de Castilla y León, 1993). El II Plan de Salud de Castilla y León abarcó los años 1996-2007 (Junta de Castilla y León, 1997).

El III Plan de Salud de Castilla y León 2008-2012 (Junta de Castilla y León, 2012) se centró en la consecución de una serie de objetivos operacionalizados en indicadores concretos para hacer frente a problemas de

salud y de factores de riesgo asociados a la salud cuya evaluación consistió en el grado de consecución de cada uno de los objetivos preestablecidos.

El IV Plan de Salud de Castilla y León, perspectivas 2020 (Junta de Castilla y León, 2013) consiste en la consecución de 25 objetivos estructurados en cinco áreas temáticas: 1) equidad y salud en todas las políticas, 2) protección de la salud de las personas frente a riesgos de origen ambiental y alimentario, 3) promover estilos de vida saludables y potenciar la seguridad frente a las lesiones, 4) disminuir la carga de enfermedad y 5) reorientación del servicio de salud hacia un modelo de atención integrada y de responsabilidad compartida.

Por último, el Plan de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente (2011-2015) se concretó en 10 proyectos de gestión de calidad, 13 proyectos de seguridad del paciente, un apartado dedicado al liderazgo en calidad y seguridad y, por último, una sección de indicadores.

Tabla 12. Síntesis de las propuestas de calidad de la Consejería de Sanidad de Castilla y León.

3.2.2.8. Planes de Salud de Cataluña.

Constituyen los marcos de referencia de todas las actuaciones públicas del Gobierno de la Generalitat en materia sanitaria (Generalitat de Catalunya, Departamento de salud, 1996, 2012). Cataluña cuenta con una gran tradición en elaboración de planes de salud desde 199 con el documento marco para Cataluña, hasta el último de ellos en 2011-2015.

En estos planes se describen los procesos para su elaboración, los objetivos que persiguen, la situación de la salud y los condicionantes de los servicios de Cataluña, las características de la población, la morbilidad (en atención primaria, en población con minusvalías) los estilos de vida, los servicios sanitarios, la atención hospitalaria y socio-sanitaria, los recursos económicos, y los diferentes problemas asociados a la población (alcoholismo, cáncer, accidentes, envenenamientos, violencia, maltrato, etc.)

Todos los planes de salud presentan evaluaciones de resultados realizadas en todos los periodos, a excepción del plan 1999-2001 y 2002-2005, de los que no se dispone de información al respecto.

En el último de los planes (2011-2015), conjuntamente con el plan de salud interdepartamental y el plan de investigación biomédica, aparecen recogidas las medidas en materia de protección de la salud y atención sanitaria para la población catalana. Concretamente, destacan tres aspectos a transformar: a) Programas de salud (más salud para todos y mejor calidad de vida); b) Transformación del modelo de asistencia (mejor calidad, accesibilidad y seguridad de las intervenciones sanitarias); y c) Modernización del modelo organizativo (un sistema sanitario más sólido y más sostenible) desarrollados a partir de 9 líneas de actuación: 1. Objetivos y programas de salud, 2. Un sistema más orientado a los enfermos crónicos, 3. Más resolutivo desde los primeros niveles, 4. De más calidad en la alta especialización, 5. Mayor enfoque hacia los pacientes y familiares, 6. Nuevo modelo de contratación de la atención sanitaria, 7. Incorporación del conocimiento profesional y clínico, 8. Mejora del gobierno y participación en el sistema, y 9. Potenciación de la información, transparencia y evaluación. Estas líneas de actuación se desarrollan en 32 proyectos estratégicos.

Agencia de Calidad y Evaluación de la Sanidad de Cataluña (AGCEC).

Es una entidad adscrita al Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, encargada de mejorar la calidad, seguridad y sostenibilidad del Sistema de Salud de Cataluña. Sus ámbitos de actuación se focalizan en tres campos: evaluación (de la calidad de la atención sanitaria, de la salud y la tecnología sanitaria, de la farmacia, del impacto social de la investigación); observatorio del sistema de salud de Cataluña; e innovación y desarrollo.

A través del observatorio del sistema de salud, han sido de las pocas regiones preocupadas, de forma manifiesta, por las consecuencias de la crisis

económica sobre la salud de la población catalana (Agencia de Gestión de Calidad y Evaluación Catalana, 2014; Sánchez, Abella, y Oliva, 2014).

En dicho informe, describen los cambios producidos en el ámbito sanitario, resaltando los determinantes sociales sobre la salud y las condiciones de vida propiciadas tras la nueva situación económica. En concreto, llegan a la conclusión de que, pese a que a nivel general se haya producido un empobrecimiento económico de la población catalana (precariedad laboral, desigualdad social en aumento, paro, etc.), esta situación no se ha traducido en peores resultados en la salud en la población en general, aunque sí en los grupos más desfavorecidos.

Encuesta de salud de Cataluña

Es un instrumento que recoge información desde 1994 acerca de los estados de salud, estilos de vida y utilización de los servicios sanitarios de la población catalana.

A partir del 2010, se recoge información semestralmente y se publican los resultados anualmente. La información registrada orienta la elaboración de una serie de indicadores-diagnóstico, base para el diseño de los posteriores planes de salud y la evaluación de los objetivos de las políticas sanitarias (Alcañiz-Zañón, et al., 2014).

	PERIODO	MODELO	ORGANISMO	LÍDERES	ESTRATEGIAS	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS EVALUACIÓN
C A T A L U Ñ A	Competencias Sanitarias (1981)	Amplia experiencia en acreditación (interna)	Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Cataluña (AQuAS)	Generalitat de Catalunya: Departament de Salut	2011-2015: desarrollado en 32 proyectos	1. Objetivos y programas de salud: más salud para todos y mejor calidad de vida	Evaluación de objetivos mediante sistema de indicadores Encuesta de salud de Cataluña: (evaluación por objetivos)	No se encuentran resultados disponibles Evalúan planes anteriores: el de 2010: fue evaluado por objetivos de acuerdo con el nivel de consecución medido con indicadores (conseguido, parcialmente o no conseguido)
	Planes de salud de Cataluña:	Modelo mixto: EFQM /JCAHO/ ISO				2. Transformar el modelo asistencial: mejor calidad, accesibilidad y seguridad en las intervenciones	Semestral, muestreo semiprobabilístico sin remplazo, polietápico y estratificado	
	-1991							
	-1993/1995							
	-1996-1998							
	-1999-2001							
	-2002-2005							
	-2010							
	-2011-2015							
	Plan de salud interdepartamental						3. Modernización del modelo organizativo: un sistema más sólido y sostenible	
Plan de Investigación biomédica.								

Tabla 13. Síntesis de las propuestas de calidad de la Generalitat de Cataluña, Departamento de Salud.

3.2.2.9. Planes Sanitarios de Ceuta y Melilla.

En la Consejería de Sanidad y Consumo de la Ciudad Autónoma de Ceuta y Melilla, conjuntamente con el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) y con el conjunto de entidades pertenecientes a conciertos y convenios de colaboración, recae la responsabilidad de gestionar la sanidad en la Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla (Ciudad Autónoma de Ceuta: Sanidad y Consumo, 2015; Ciudad Autónoma de Melilla, 2014; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008).

A partir de una consulta previa de planes de sanidad de otras Comunidades Autónomas, se diseñan los diferentes Planes de Salud:

El I Plan de Salud (2008-2011), empezó a elaborarse en el 2006 tras una consulta previa de los Planes de Salud de las demás Comunidades Autónomas y la realización de una encuesta de salud para estudiar las necesidades percibidas en materia sanitaria. Finalmente, se elaboró el plan en tres etapas: a) diagnóstico de la salud, b) priorización de problemas y c) elaboración de objetivos y líneas de actuación.

El II plan de salud (2014-2017), recoge los resultados del plan anterior y se marca unos objetivos teniendo en cuenta las características socio-sanitarias de la población. En concreto, se plantean las siguientes áreas de actuación divididas en 3 áreas temáticas:

1. Estilos de vida: 1) alcohol en jóvenes; 2) sobrepeso y obesidad infantil; 3) salud bucodental en población escolar; 4) promoción de la salud mental; 5) programas para la promoción de la salud; 6) educación para la salud; y 7) control de las nuevas adicciones.

2. Salud ambiental: 1) salud laboral; 2) control sobre la calidad del aire; 3) control sobre las emisiones de ruido; 4) ampliación del alcance de la acreditación por la norma 17.025; y 5) para el laboratorio de salud pública.

3. Enfermedades de mayor repercusión en salud pública: 1) mortalidad y morbilidad por los procesos cardiovasculares; 2) mortalidad y morbilidad por diabetes mellitus; 3) prevención del cáncer de piel; 4) enfermedades raras; 5) detección precoz del cáncer de mama y ginecológico; 6) tuberculosis respiratoria; 7) toxiinfecciones alimentarias y hepatitis a; 8) vigilancia de las enfermedades oncológicas; 9) detección precoz del cáncer colorrectal; y 10) infecciones de transmisión sexual.

Se plantean 21 objetivos generales: 1. Informar y sensibilizar a los jóvenes sobre los riesgos asociados al consumo de alcohol; 2. Disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil; 3. Mejorar la salud bucodental en población escolar, 4. Aumentar el nivel de salud mental en la población; 5. Promocionar la participación de los ciudadanos en temas relativos a su salud y bienestar social; 6. Fomentar la educación para la salud; 7. Abordar de manera integral la adicción a las nuevas tecnologías, videojuegos y redes sociales; 8. Salud laboral; 9. Control sobre la calidad del aire; 10. Control sobre las emisiones de ruido; 11. Ampliación del alcance de

acreditación para el laboratorio de salud pública; 12. Mortalidad y morbilidad por procesos cardiovasculares; 13. Mortalidad y Morbilidad por diabetes mellitus; 14. Prevención de cáncer de piel; 15. Prevención y tratamiento de enfermedades raras; 16. Detección precoz del cáncer de mamas; 17. Tuberculosis respiratoria; 18. Toxiinfecciones alimentarias y hepatitis A; 19. Vigilancia de las enfermedades oncológicas; 20. Detección precoz del cáncer colorrectal; y 21. Infecciones de transmisión sexual. Estos objetivos generales se desarrollan y operacionalizan en 85 objetivos específicos y éstos, a su vez, en 114 líneas de actuación.

Este plan, trata de seguir el modelo EFQM, aunque se encuentra en fase de diseño. Se cuenta con la colaboración de agentes implicados en el proceso y sistemas de evaluación que representan los problemas sanitarios y las preocupaciones más importantes en salud de los habitantes de Ceuta y Melilla, que coinciden con las del resto de los españoles.

	PERIODO	MODELO	ORGANISMO	LÍDERES	ESTRATEGIAS	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS EVALUACIÓN
C E U T A Y M E L I L L A	I Plan de Salud (2008-2011)	Trata de seguir el modelo EFQM mediante sistema de indicadores	Consejería de Sanidad y Consumo de la Ciudad Autónoma de Ceuta y Melilla	Consejería de Sanidad y Consumo	En el II Plan de Salud se plantean una serie de estrategias para mejorar la salud física, social y mental dividida en tres áreas temáticas:	Se plantean 21 objetivos generales desarrollados y operacionalizados en 85 objetivos específicos	Consulta precisa de planes de otras Comunidades Autónomas Estudio de necesidades por metodología de encuesta	Se presenta el grado de consecución de cada uno de los objetivos marcados
	II Plan de Salud (2014-2017)	(encuesta)	Gestión directa: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) Gestión indirecta: a través de conciertos y convenios de colaboración con entidades e instituciones		1-Estilos de vida 2-Salud Ambiental 3-Enfermedades de mayor repercusión de la salud pública			

Tabla 14. Síntesis de las propuestas de calidad de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Ciudad Autónoma de Ceuta y Melilla.

3.2.2.10. Planes de Calidad de Extremadura.

Extremadura asume competencias sanitarias en el 2001 a partir del Decreto 1477/2001. En ese momento, la Consejería de Sanidad crea la Dirección de Formación, Inspección y Calidad Sanitaria (DGFICS) encargada de la evaluación de la calidad de las prestaciones sanitarias, y de las políticas de calidad en los organismos y entidades dependientes de la Consejería de Sanidad.

En el 2003, se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo, creando la Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitaria con la competencia en acreditación y homologación de centros, establecimientos y servicios sanitarios.

Del 2005 al 2008, se establece el I Marco Global de Calidad (Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Consumo, 2006), que posibilita un marco global para el proceso de mejora de la calidad mediante procesos de autoevaluación en base a una valoración global, sistemática y periódica de las actividades y resultados sanitarios, realizada por los profesionales, y de acreditación basada en criterios y estándares científico-técnicos, en la que evaluadores externos determinan el nivel de calidad alcanzado de forma periódica.

El Modelo de Calidad de Centros y Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura tiene como objetivo mejorar de forma continuada las organizaciones sanitarias, en base al cumplimiento de una serie de estándares de carácter científico-técnico, complementar la autorización con la acreditación de los centros, servicios y establecimientos e implementar y dar reconocimiento al modelo de calidad.

La estructura del modelo cuenta con 10 categorías/criterio (6 estratégicos y 4 de resultados) divididos en 24 subcategorías. En total, lo comprenden 320 estándares, de los cuales el 47% son de carácter obligatorio y el 53%, recomendable. Dicho modelo está inspirado en los modelos EFQM, JCHAO, Norma ISO 9001:200, Norma ISO-IWA UNE 66924, Modelos de Acreditación Sanitaria de distintas Comunidades Autónomas y en otros sectores, y Planes de Calidad y/o Salud.

En el 2009, se diseña el Plan de Salud de Extremadura (2009-2012), que marca las pautas generales a desarrollar en materia sanitaria, y el Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud (2009-2012), que está diseñado para desarrollar de manera concisa las pautas marcadas en el Plan de Salud aunque, aparentemente, no existe correspondencia entre ambos, en cuanto a diseños, objetivos y líneas de acción (Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Consumo, 2010).

El plan de Salud de Extremadura (2009-2012), presenta un análisis exhaustivo de la situación de salud de la población extremeña: características socio demográficas, salud percibida, mortalidad, morbilidad, estilos de vida, medio ambiente, alimentación, aspectos socioeconómicos de la salud, sistema sanitario y planes y programas de salud para colectivos específicos, atención

socio sanitaria, y gestión de conocimiento. En él se establecen los objetivos a conseguir (47 objetivos generales).

Se realiza un diagnóstico de la situación de la salud resaltando las principales necesidades y se priorizan a partir de grupos de consenso compuesto por 359 expertos (34 en análisis de la situación, y 325 en las diferentes áreas de intervención).

Se priorizan 18 áreas de intervención agrupadas en 3 ejes estratégicos y áreas de intervención: 1) problemas prevalentes y emergentes en Extremadura, protección y mejora de los estados de salud, 2) protección y mejora del estado de salud; y 3) mejora continua de la calidad de la atención sanitaria.

Se plantea una evaluación durante y final de los objetivos, a través de estándares definidos mediante check-lists e indicadores (cualitativos y cuantitativos).

El Plan Estratégico de Salud (2009-2012) marca las pautas, y diseña las grandes líneas de actuación en base a cinco ejes: 1) potenciar la participación y motivación de los profesionales (desarrollado en 13 objetivos y 63 acciones); 2) orientar la organización hacia la mejora de la salud (desarrollado por 14 objetivos y 79 acciones); 3) dirigir todos los esfuerzos hacia la Calidad Total (desarrollado por 4 objetivos y 23 acciones); 4) contribuir a la sostenibilidad financiera (desarrollado por 22 objetivos y 108 acciones); y 5) introducir y potenciar la investigación en todos los niveles de la organización (desarrollado por 5 objetivos y 19 acciones).

Se plantea un diseño, poco desarrollado y específico, de las 292 acciones desarrolladas, mediante check-lists y/o indicadores, aunque no se ha encontrado información disponible relativa a los resultados de dichas evaluaciones.

Para el Plan de Salud de Extremadura 2013-2020 (Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Consumo, 2014), se continúa con la misma estructura que en el plan anterior, coincidiendo las mismas líneas de actuación; aunque en este plan se omite un apartado explícito encaminado al diseño de su evaluación. Sí aparecen reflejados, sin embargo, indicadores de evaluación para cada una de las líneas de actuación de sus 39 objetivos.

	PERIODO	MODELO	ORGANISMO	LÍDERES	ESTRATEGIAS	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS EVALUACIÓN	
E X T R E M A D U R A	Competen- cias Sanitarias (2001)	Gerencia única de área. Plan marco de calidad (modelo mixto de autoevaluación y acreditación)	Dirección de Formación, Inspección y Calidad Sanitaria	Consejería de Sanidad y consumo (Decreto 80/2003)	<u>I Plan marco de calidad.</u> 10 estándares	<u>I Plan marco de calidad:</u> desarrollado en 3 objetivos generales y 11 específicos (se detallan acciones concretas, responsable, indicadores y calendarización)	Todos los planes cuentan con un modelo basado en categorías y subcategorías que finalmente se traducen en estándares / indicadores, con la obligatoriedad del cumplimiento del 47% y recomendables 53%	No se encuentran disponibles resultados obtenidos en evaluaciones de planes	
	I Plan marco de calidad 2005/2008		Autorización administrativa de centros, establecimientos y servicios sanitarios sobre la calidad y seguridad de la prestación sanitaria (Decreto 37/2004)		<u>Plan de Salud de Extremadura 2009-2012</u> 18 áreas de intervención agrupadas en 3 ejes estratégicos	<u>Plan de salud de Extremadura 2009- 2012</u> 48 Objetivos generales		<u>I Plan marco de calidad</u> No se especifica diseño de evaluación	
	Plan de Salud de Extremadura 2009-2012	Criterios y estándares inspirados en los modelos:				<u>El Plan Estratégico de Salud (2009- 2012),</u> 5 ejes estratégicos y 19 acciones	<u>El Plan Estratégico de Salud (2009-2012)</u> 58 objetivos y 292 acciones		<u>Plan 2009-12 y 2013-2020</u> Evaluación de 292 acciones diseñadas (checklists, y/o indicadores)
	Plan de Salud de Extremadura 2013-2020	EFQM, JCHAO, norma ISO 9001:200, Norma ISO- IWAUNE66924 Modelos de acreditación de distintas Comunidades Autónomas y Planes de Calidad					<u>Plan de salud de Extremadura 2013- 2020</u> 39 objetivos		

Tabla 15. Síntesis de las propuestas de calidad de la Consejería de Sanidad y Consumo de Extremadura.

3.2.2.11. Planes de salud de Galicia.

En el Estatuto de Autonomía de Galicia (1981), se establece la sanidad como competencia autonómica. En 1991, se hacen efectivas las transferencias y se crea el Servicio Gallego de Salud (SERGAS).

El I Plan de Salud de Galicia (Xunta de Galicia, Consellería de Sanidad, 2002) se desarrolla en el periodo 1998-2001, donde se plantean las primeras propuestas acerca de cómo abordar la problemática sanitaria para la población gallega (alrededor de 18 áreas temáticas/ problemáticas fundamentales), detallando un sistema de indicadores acerca de los principales condicionantes relacionados con la salud.

En 1998, se diseña una encuesta de salud sobre satisfacción y calidad percibida (Valera-Mallou, Rial-Boubeta, y García-Cueto, 2003), procedente de la opinión de expertos de 96 profesionales y de grupos de discusión, para determinar las principales necesidades sanitarias percibidas en la población gallega así, como su satisfacción con los servicios prestados.

En 1999, se crea la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (AVATIA-T). Como una unidad que asesora a la Consellería de Sanidad sobre la contribución de las tecnologías sobre la salud de la población gallega.

Para el diseño del II Plan de Salud 2002-2005 (Xunta de Galicia, Consellería de Sanidad, 2006), se utilizó el mismo procedimiento que en el plan anterior; es decir, grupos de profesionales confeccionaron y discutieron las principales áreas problemáticas a tratar (en concreto, 16 áreas problemáticas sobre las que se realizó diagnóstico, evaluación y planificación).

En 2003, a través del “proyecto Aproviso”, se trata de implementar un Sistema de Calidad en todos los Centros Sanitarios dependientes del Servicio Gallego de Salud siguiendo el modelo “Norma UNE-EN ISO 9001:2000”, y de acuerdo con la legislación y exigencias formativas que regulan la gestión de centros sanitarios públicos para su acreditación y certificación (Galego, et al., 2004).

A finales del 2009, se empieza a diseñar el programa “Estrategias SERGAS 2014” (Xunta de Galicia, Consellería de Sanidad, 2013) con el objetivo de definir los objetivos estratégicos y líneas de actuación para transformar y mejorar el Servicio Sanitario Gallego en tres ejes principales:

-Revolución asistencial: sistema de salud, centrado en el paciente/cliente, conectando los grupos de interés implicados en el proceso y haciendo partícipe al ciudadano.

-Reformas reguladoras: para reducir costes de financiación, determinar los derechos de libre elección y gestionar las listas de espera.

-Impacto de la nueva ciencia: incorporación de la genómica en los posibles tratamientos.

Para el diseño de este programa, participaron 140 profesionales/expertos que participaron en cada una de sus fases (organización del trabajo, revisión de la estrategia global, elaboración del mapa de procesos, diagnóstico de la situación y definición de las líneas de actuación) tratando de ajustarse al modelo EFQM. Para ello, identifican 3 tipos de procesos (estratégicos, esenciales y de soporte), 7 objetivos estratégicos para los que tratan de comprometer a todos los agentes implicados en el Sistema Sanitario (ciudadanos, profesionales, universidades, alumnos en formación, comunidad científica, medios de comunicación, sector sanitario privado, instituciones y grupos sociales, tejido empresarial de Galicia etc.), y definen 40 líneas estratégicas que ayuden a la consecución de los objetivos.

PERIODO	MODELO	ORGANISMO	LÍDERES	ESTRATEGIAS	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS EVALUACIÓN	
G A L I C I A	Competencias Sanitarias (1990)	Iniciativas puntuales variadas	Servicio Gallego de Salud (SERGAS)	Consellería de Sanidad Grupos de discusión/ expertos pertenecientes al servicio sanitario para el diseño de las propuestas	<u>I Plan de Salud de Galicia 1998-2001 y II Plan de Salud 2002-2005</u>	<u>I Plan de Salud de Galicia 1998-2001 y II Plan de Salud 2002-2005</u> 16 objetivos	<u>I Plan de Salud de Galicia 1998-2001 y II Plan de Salud 2002-2005</u> Grupos de Discusión y Sistemas de Indicadores	No se disponen de resultados
	I Plan de Salud de Galicia 1998-2001	Certificaciones ISO (Plan de Salud I y II, Proyecto APROVISO)	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia	Grupos de discusión/ expertos en torno a 16 objetivos / problemática	<u>Estrategias Sergas 2014:</u> 7 objetivos estratégicos	<u>Estrategias Sergas 2014:</u> Tratan de seguir el mismo método que el EFQM		
	II Plan de Salud 2002-2005	Evaluación y proyectos de mejora desde la Consejería de Sanidad, siguiendo el modelo EFQM (Programa Estrategias SERGAS 2014)		<u>Estrategias Sergas 2014:</u> 3 ejes principales; Revolución asistencia; Reformas reguladoras e Impacto de la nueva ciencia. Desarrollados en 40 líneas de acción				

Tabla 16. Síntesis de las propuestas de calidad de la Consellería de Sanidad de Galicia.

3.2.2.12. Panes Sanitarios de La Rioja.

En 1998, El Gobierno de la Rioja asumió las competencias en materia sanitaria, proceso que se culmina en 2002. En este mismo año, se diseña el I Plan de Salud de La Rioja (Gobierno de La Rioja, 2001), como instrumento estratégico y marco de referencia en cuestiones sanitarias para el periodo de 2000-2010.

En dicho plan se diseñan 54 objetivos de salud en torno a 4 líneas de acción: 1.- Asegurar la igualdad en salud (2 objetivos), 2.- Añadir años de vida (8 objetivos); 3.- Añadir salud a la vida (32 objetivos); 4.- Añadir vida a los años (12 objetivos). Se desarrollan en las siguientes estrategias: estrategias básicas de intervención (disminución de hábitos perjudiciales para la salud, atención a los problemas de salud y grupos de riesgo, y disminución de riesgos externos); estrategias comunes de intervención (investigación, formación profesional, fomento de estilos de vida y entornos saludables), y estrategias intersectoriales (educación para la salud, sistemas de información y evaluación, y reorientación de los sistemas sanitarios).

Los 54 objetivos, son transformados en estándares/ indicadores, para valorar su grado de cumplimiento (totalmente cumplido, superior al 99%; y parcialmente cumplido, al menos 50%). Se evaluaron 33 hasta el 2006 (16 conseguidos totalmente, 5 conseguidos parcialmente, 3 no conseguidos, y 9 no evaluados porque no se disponía de información suficiente durante el periodo 2000-2010, quedando pendiente la evaluación de 20 objetivos).

El II Plan de salud de la Rioja 2009- 2013 (Gobierno de La Rioja, 2010) comienza con un buen estudio sociodemográfico sobre la población de La Rioja, tratando de priorizar sus necesidades sanitarias y definir sus objetivos: 1) Ordenamiento de la política sanitaria; 2) Mejora del proceso de atención a la salud; 3) Fomento de la investigación básica de salud; 4) Mejora de la satisfacción de los ciudadanos; 5) Mejora de la satisfacción de los profesionales; 6) Mejora del nivel de salud de la población; 7) Reducción de la desigualdad en Salud; 8) Disminución de la morbilidad y mortalidad prematura evitable; 9) Mejora de la calidad de vida de las personas enfermas y luchar contra la discapacidad; 10) Mejora del proceso de atención a la salud; 11) Fomento de la investigación básica de salud; 12) Mejora de la satisfacción de los ciudadanos; y 13) Mejora de la satisfacción de los profesionales.

Para ello cada uno de los objetivos es traducido a un sistema de indicadores directamente medibles, en torno a 14 líneas de actuación: 1) hábitos individuales en relación con la salud; 2) entorno y salud; 3) enfermedades transmisibles; 4) causas externas; 5) cáncer; 6) enfermedades cardiovasculares; 7) salud mental; 8) diabetes y obesidad; 9) cuidados paliativos; 10) enfermedades del aparato respiratorio y asma; 11) enfermedades neurodegenerativas y demencias; 12) envejecimiento; 13) grupos vulnerables; 14) sobre el Sistema Público de Salud de La Rioja

En el 2012, a partir del Decreto 28/2012, se crea el Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad, con la misión de aprobar el programa anual

de evaluación, generar los procesos necesarios para la mejora del sistema sanitario, diseñar, proponer, estudiar y analizar informes técnicos sobre procesos de evaluación, así como implicar a todos los agentes en el proceso evaluativo.

En el 2015, se aprueba el III Plan de salud de la Rioja 2015- 2019, que surge con la colaboración de 135 profesionales pertenecientes al Sistema Sanitario Riojano (Gobierno de La Rioja, 2015). En él se fijan 14 líneas prioritarias de trabajo (no coincidentes con las del plan anterior): 1. Hábitos y estilos de vida saludables; 2. Cáncer; 3. Cronicidad y calidad de vida; 4. Demencias; 5. Diabetes; 6. Discapacidad; 7. Enfermedades cardiovasculares; 8. Enfermedades cerebrovasculares; 9. Envejecimiento; 10. Salud Mental; 11. Sistema de salud público; 12. Enfermedades emergentes; 13. Enfermedades infecciosas; y 14. Enfermedades raras. Estas líneas se concretan en 55 objetivos generales, 195 específicos y 401 indicadores.

PERIODO	MODELO	ORGANISMO	LÍDERES	ESTRATEGIA	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS EVALUACIÓN
Competencias Sanitarias (2001)	Unidad de calidad dentro del contrato del programa de atención	Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad	Consejería de Salud y Servicios Sociales	<u>I Plan de Salud de La Rioja 2000-2010:</u> 4 líneas de acción desarrollado en 9 estrategias: básicas (3) y comunes (6)	<u>I Plan de Salud de La Rioja 2000-2010:</u> 54 objetivos	<u>I Plan de Salud de La Rioja 2000-2010:</u> Sistema de indicadores, objetivos formulados en estándares para su consecución	No se tiene acceso a resultados
L A R I O J A 2000-2010	especializada, inspirado en un modelo parecido al EFQM (MAPPA-horizonte)	Unidad de Calidad de la Rioja			<u>II Plan de Salud de La Rioja 2009-2013:</u> 13 objetivos	<u>II Plan de Salud de La Rioja 2009-2013:</u> Objetivos Generales y Específicos traducidos a indicadores cuantificables	<u>I Plan de Salud de La Rioja 2000-2010:</u> Evaluación de objetivos
R I O J A 2009-2013	Programa interno de gestión de la calidad en atención primaria			<u>II Plan de Salud de La Rioja 2009-2013:</u> 14 líneas de actuación	<u>III Plan de Salud de La Rioja 2015-2019</u> 55 objetivos generales, 195 específicos	<u>III Plan de Salud de La Rioja 2015-2019</u> Objetivos Generales y Específicos traducidos a 401 indicadores cuantificables	<u>II Plan de Salud de La Rioja 2009-2013:</u> Se evalúa en el III plan de Salud
J A 2015-2019	Gestión de los procesos clínicos relevantes.			<u>III Plan de Salud de La Rioja 2015-2019</u> 14 líneas de actuación			

Tabla 17. Síntesis de las propuestas de calidad de la Consejería de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja.

3.2.2.13. Planes de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.

En el 2001, la comunidad de Madrid asumió competencias sanitarias que previamente eran del Estado. Este mismo año, la Consejería de Sanidad, conjuntamente con los demás actores sociales implicados (Colegios profesionales, Confederación Estatal del Paciente, Asociaciones y Organizaciones profesionales) diseñan el I Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid con el objetivo de implementar una política de calidad desde una perspectiva integral, tratando de seguir el modelo EFQM y destinada a: ciudadanos (6 objetivos), profesionales (5 objetivos) e infraestructuras y procesos (8 objetivos).

En el 2003, se pone en marcha un nuevo modelo de gestión de la calidad sanitaria basado en mejorar la calidad respondiendo a las expectativas ciudadanas y mejorar la accesibilidad de los servicios para que sean eficaces, eficientes y de calidad (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2003). Para ello, establece 5 líneas definidas como estratégicas: 1) atención integral a la ciudadanía; 2) sistema integrado de gestión de la información; 3) innovación en tecnología electrónica; 4) calidad y evaluación de los servicios y 5) gestión del conocimiento. Este nuevo modelo trata de enmarcar todas sus actuaciones en el proceso de modernización del sistema sanitario con el objetivo de conseguir el sello de Excelencia Europea 400+ para Madrid Salud en 2011.

En el 2005, se crea el Servicio de Evaluación de Acciones de Salud Pública, con la finalidad de impulsar la evaluación de las acciones sanitarias en el Sistema Sanitario Madrileño. Viene realizando evaluaciones anuales desde el 2005 hasta el 2012.

En el 2007, y de manera puntual, se crea la Encuesta Regional de Salud para conocer las necesidades sanitarias de la población madrileña, preguntando sobre aspectos relativos a: autopercepción del estado de salud, calidad de vida, problemas crónicos y agudos, salud mental, consumo de medicamentos, accidentes y agresiones, discapacidad, utilización de servicios sanitarios, valoración de la influencia del medio ambiente sobre la salud, factores de riesgo individuales, prácticas preventivas, discriminación en el trabajo reproductivo y productivo, situación socioeconómica, y procedencia.

En el 2011, se crea el Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud para poner a disposición de profesionales, gestores y ciudadanos información sobre el estado de salud de los ciudadanos madrileños, así como los principales indicadores de atención primaria (49 indicadores de los 262 centros) y de hospitales (56 indicadores de los 35 hospitales de Madrid).

En el 2013, tratando de seguir con la línea de planificación de la Comunidad de Madrid en materia sanitaria, aunque sin ninguna continuidad en cuanto al contenido con respecto al Plan Integral de los Servicios Sanitarios de Madrid(2001-2007), se diseña el Plan de Promoción de la Salud y Prevención

2011-2013 (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2012). En dicho plan se establece un objetivo general: conocer el nivel de salud de la población de la comunidad de Madrid y establecer líneas estratégicas, desarrolladas en 4 objetivos específicos: analizar el nivel de salud, definir las líneas estratégicas, implementar las actuaciones, y monitorizar las actividades.

En el 2014, entra en vigor el Plan Integral de Inspección de Salud 2013-2015, con la función de establecer cauces de colaboración y cooperación con otras Administraciones Públicas (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2014). Para ello, establece 65 programas de inspección coordinados con diferentes consejerías, en los que se plantea la consecución de 171 objetivos en torno a las siguientes líneas estratégicas: 1) salvaguardar los derechos de los ciudadanos; 2) velar por el cumplimiento de la normativa vigente; 3) identificación y priorización de áreas con mayor riesgo; 4) comprobación del reconocimiento de las prestaciones sanitarias; 5) focalizar las actuaciones donde se hayan producido un mayor número de reclamaciones; y 6) fomentar tareas de investigación, análisis e integración del conocimiento.

En la Comunidad de Madrid se han diseñado multitud de acciones destinadas a potenciar la calidad en materia sanitaria, aunque no existe un marco referencial que integre todas las medidas y permita valorar la continuidad en los programas y acciones establecidos.

PERIODO	MODELO	ORGANISMO	LÍDERES	ESTRATEGIA	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS EVALUACIÓN
Competencias Sanitarias (2001)	No existe continuidad en los diferentes modelos:	Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud	Consejería de Sanidad	<u>Plan integral de los Servicios Sanitarios de Madrid (2001-2007)</u>	<u>Plan integral de los Servicios Sanitarios de Madrid (2001-2007)</u>	Los diferentes planes presentan sistemas de indicadores para cada uno de sus programas planteados, aunque cambia el marco sustantivo en cada uno de ellos	No se han encontrado resultados
Plan integral de los Servicios Sanitarios de Madrid (2001-2007)	Plan Integral 2001-2007: -EFQM. Formación de los equipos directivos	(ORSM), encargado del seguimiento y evaluación de centros de atención primaria y hospitales		5 líneas estratégicas	1 objetivo general y 4 objetivos específicos		Encuestas en 2007, ofrecen resultados sobre percepciones sanitarias de los ciudadanos.
M A D R I D	Plan de Promoción de la Salud 2011-2013	Servicio de Evaluación de Salud Pública		<u>Plan de Promoción de la Salud 2011-2013</u> Se definen las líneas estratégicas a partir de 6 grupos de trabajo	4 objetivos	<u>Plan de Promoción de la Salud 2011-2013</u> <u>Plan Integral de Inspección de Salud 2013-2015</u> 171 objetivos	Mediante el ORSM, sistema de indicadores
	Plan Integral de Inspección de Salud 2013-2015			<u>Plan Integral de Inspección de Salud 2013-2015</u> 6 líneas estratégicas			Mediante el Servicio de Evaluación de Salud Pública
	Plan de Promoción de la Salud 2011-2013: -Modelo mixto EFQM, ISO						Evaluaciones desde 2005 hasta 2012

Tabla 18. Síntesis de las propuestas de calidad de la Comunidad de Madrid.

3.2.2.14. Planes de Salud de Navarra.

El Gobierno de Navarra, en 1991, aprobó el Plan de Salud de Navarra (1991-2001), basado en las directrices de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra 2000), marcando como objetivos fundamentales, al igual que el I Plan Sanitario de la Rioja 2000-2010, las siguientes prioridades: 1) asegurar la igualdad ante la Salud (desarrollado en 34 objetivos específicos traducidos a indicadores cuantificables); 2) añadir años a la vida (desarrollado en 8 objetivos específicos traducidos a indicadores cuantificables); 3) añadir Salud a la vida reduciendo la morbilidad y la incapacidad (desarrollado en 30 objetivos específicos traducidos a indicadores cuantificables); 4) añadir vida a los años, permitiendo a las personas mantener una vida social y emocional satisfactoria (desarrollado en 16 objetivos específicos traducidos a indicadores cuantificables).

En el primer Plan de Salud, se establece una evaluación mediante sistema de indicadores procedentes de cada uno de los objetivos diseñados entorno a 3 líneas estratégicas: 1. Promoción de hábitos de vida saludables; 2. Eliminación o reducción de situaciones de riesgo, tanto en salud laboral como medioambiental; y 3. Mejora del sistema de cuidados de salud en atención primaria, especializada, en recursos humanos y en la financiación el modelo.

En 2001, el Gobierno de Navarra presenta el II Plan de Salud de Navarra 2001-2005 (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra 2002), que marca sus objetivos en la mejora de 5 grupos de enfermedades: trastornos mentales, enfermedades neurodegenerativas, enfermedades cardio y cerebrovasculares, oncológicas y la accesibilidad. Para ello, realiza un exhaustivo análisis de situación marcando etapas desde su fase de prevención a su fase final de la vida: 1. Prevención y vigilancia (10 objetivos); 2. Prevención secundaria (3 objetivos); 3. Proceso asistencial (6 objetivos); 4. Rehabilitación / Cuidados (1 Objetivo); 5. Formación / investigación (4 objetivos); y 6. Organización y Gestión (4 objetivos).

En 2007, se aprueba el III Plan de Salud de Navarra 2006-2012 (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra 2006), en el que, por una parte, se presenta la evaluación del plan anterior; y, por otra parte, se presenta el diseño del nuevo plan que centra toda la atención en el ciudadano y en la mejora de la calidad de su atención tanto clínico-asistencial como sobre sus expectativas y derechos. Para ello, establece 5 líneas estratégicas desarrolladas en 20 objetivos generales, 53 específicos y 150 actuaciones de intervención en torno a tres ámbitos prioritarios: 1. Prevención de la salud colectiva; 2. Cuidados por procesos en patologías; y 3. Desarrollo de la organización y del Sistema Sanitario.

Además de los planes de salud anteriormente referenciados, en el 2007 se crea el Servicio de Evaluación y Calidad (Departamento de Salud, Gobierno de Navarra 2014), integrado en la estructura del Instituto de Navarra de Administración Pública, cuya función principal es prestar asistencia y desarrollar los acuerdos de la Comisión Foral de Evaluación proporcionando

apoyo para: 1) sensibilizar y capacitar al personal de la organización en el proceso de evaluación; 2) distinguir y reconocer a quienes destacan con su buena gestión a través de los premios a la calidad; y 3) garantizar que los resultados sean públicos a través del seguimiento y la difusión de actividades.

Una vez realizada la evaluación de los resultados del III Plan de Salud, en base a la valoración del nivel de cumplimiento de los objetivos marcados (a partir de una escala con valores: nulo 0-0,99; bajo 1-2,99; adecuado 3-4, 99; y Conseguido 5) se diseña el IV Plan de Salud de Navarra 2014-2020.

Para el diseño del vigente Plan de Salud, se utilizó como marco referencial el propuesto por el modelo EFQM, usando para ello la metodología expuesta en el Plan Marco de Calidad 2011, que cuenta con 8 objetivos generales, 12 estrategias de salud transformadas en un total de 52 programas de salud y 250 acciones de intervención. Para su evaluación, se diseñan nuevas herramientas para el control de los resultados y de seguimiento, del mismo modo que para el vigente plan se intenta involucrar a todos los agentes sociales implicados en el Sistema Sanitario.

PERIODO	MODELO	ORGANISMO	LÍDERES	ESTRATEGIAS	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS EVALUACIÓN
Competencias Sanitarias (1990)	Plan Marco de Calidad	Servicio de Evaluación y Calidad	Departamento de Salud	<u>I Plan</u> 3 líneas estratégicas coincidentes con los parámetros de la OMS	<u>I Plan</u> 4 objetivos generales y 88 específicos traducidos en indicadores cuantificables	<u>I Plan de Salud de Navarra 1991-2001</u> Objetivos transformados en sistema de indicadores	Se presenta evaluaciones disponibles de cada uno de los planes
I Plan de Salud de Navarra 1991-2001	EFQM (MAPPA-Horizonte)			<u>II Plan</u> 6 estrategias correspondientes a las diferentes fases de cada enfermedad	<u>II Plan</u> 5 objetivos generales y 28 específicos relativos a cada una de la fase de la enfermedad	<u>II Plan de Salud de Navarra 2001-2005</u> Objetivos transformados en sistema de indicadores/ análisis descriptivos	
II Plan de Salud de Navarra 2001-2005	Programa interno de gestión de la calidad en atención primaria			<u>III Plan</u> 5 estrategias centradas en el paciente	<u>III Plan</u> 21 objetivos generales y 54 específicos y 214 actuaciones de intervención	<u>III Plan</u> Objetivos transformados en sistema de indicadores/ análisis descriptivos	
III Plan de Salud de Navarra 2006-2012	Gestión de procesos clínicos relevantes			<u>IV Plan</u> 12 estrategias 52 programas 250 acciones	<u>IV Plan</u> 8 Objetivos	<u>IV Plan</u> Objetivos transformados en sistema de indicadores/ análisis descriptivos	
Plan Marco de Calidad 2011							
IV Plan de Salud de Navarra 2014-2020							

Tabla 19. Síntesis de las propuestas de calidad del Gobierno de Navarra.

3.2.2.15. Planes de Calidad Total del Osakidetza.

En 1984, el País Vasco asume las competencias en materia sanitaria con el objeto de garantizar servicios y prestaciones para toda la población circunscrita territorialmente (Servicio Vasco de Salud, 2001, 2003).

Para conocer las necesidades sanitarias de la población vasca, desde 1986 se lleva realizando una encuesta de salud, realizada con periodicidad quinquenal, para conocer su situación y su evolución, así como la utilización de los servicios.

En 1992, en la Dirección General de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud), pone en marcha el Plan Integral de Calidad para sus organizaciones (1994-200), en el que se proponía una estrategia de implementación basado en la mejora de los procesos y en la participación del personal a través de grupos de mejora en torno a tres ejes principales: calidad percibida, calidad científico-técnica y coste de la no calidad.

En el mismo año, se crea el Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, dependiente de la Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria con las funciones, entre otras, de: 1. Planificación y zonificación del mapa de necesidades sanitarias; 2. Ordenación, Inspección y homologación de centros, servicios y establecimientos; 3. Prevención de riesgos laborales, 4. Resolver autorizaciones administrativo-sanitarias; 5. Planificación y Gestión del personal sanitario; 6. Desarrollo de competencias profesionales orientadas a la calidad; 7. Acreditación técnica y profesional; 8. Control de la publicidad sanitaria; 9. Incorporación de evidencias científicas en la practicas asistenciales y organizativas; y 10. Gestión de la evaluación y auditoria de los procesos y tecnologías sanitarias.

En 1994, el Osakidetza opta por el modelo de Gestión de Calidad Total como modelo de referencia para gestionar sus organizaciones sanitarias y entre los años 1996 y 1997, se realizan las primeras autoevaluaciones de todos los centros sanitarios de la red, identificando una serie de áreas de mejora prioritaria para cada centro.

En 1998, se presenta el Plan Estratégico, el cual marca 5 objetivos: 1) orientación al cliente; 2) implicación de las personas en el proceso; 3) Innovación tecnológica; 4) desarrollo empresarial; y 5) Calidad Total.

En el 2002, se presenta el Plan de Salud 2002-2010, parte de las evaluaciones del plan anterior (se evalúan los objetivos, la adecuación de los objetivos a indicadores, las líneas de actuación y el desarrollo del plan de salud); se describe la situación de la población vasca en materia sanitaria (su estructura social, su estado de salud, la situación de los servicios sanitarios, los programas de salud pública y las ofertas de programas intersectoriales del Osakietza); y se establecen las áreas prioritarias y de implementación del Plan de Salud, transformadas en 69 objetivos cuantificables mediante indicadores, con los que se determina su medición antes y después de la intervención.

En 2011, se empieza a diseñar el Plan de Salud 2013-2020, siguiendo un planteamiento integral que recoge toda la planificación del Gobierno Vasco en materia sanitaria (EuskoJaurlaritza-Gobierno Vasco, 2013). Lo conforman 23 planes departamentales pertenecientes a diferentes áreas tanto de salud como de educación, empleo y políticas sociales.

Entre los principios que inspiran el plan universalidad, solidaridad, equidad, participación ciudadana etc., hay uno específicamente dedicado al ámbito de la calidad de los servicios de salud, planteando como retos: 1) la humanización de los servicios sanitarios prestados; 2) coordinación con los demás niveles asistenciales; 3) fomento de la colaboración micro: redes locales de organizaciones sanitarias; 4) fomento de la investigación en salud; y 5) persecución de la eficacia en los procesos asistenciales.

Se presenta una evaluación del Plan de Salud 2002-2010, destacando los principales problemas encontrados durante este periodo; y analizan la situación de la salud y sus determinantes de la población vasca como punto de partida para el diseño de las áreas prioritarias del vigente plan.

La estructura del plan está compuesta por 5 áreas prioritarias: 1. Equidad y responsabilidad; 2. Morbilidad y dependencia; 3. Envejecimiento saludable; 4. Oportunidades de salud en infancia y juventud; y 5. Entornos y estilos de vida saludables. Estas áreas se concretan en 66 objetivos generales y 165 acciones traducidas a indicadores cuantificables que aportan información relativa a la situación actual y el objetivo que se pretende alcanzar. En el informe, aparece reflejado el diseño de cómo se realizará la implementación, el seguimiento del plan de salud, así como el sistema de evaluación utilizado.

A diferencia de las demás políticas sanitarias realizadas en las diferentes Comunidades Autónomas, el Osakidetza cuenta con una política explícita y continuada de calidad desde el 2002, cuyo enfoque de calidad se ha transformado desde una orientación de la calidad del servicio/ producto hasta un enfoque de gestión de Calidad Total (Sánchez et al., 2004).

	PERIODO	MODELO	ORGANISMO	LÍDERES	ESTRATEGIAS	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS EVALUACIÓN
P A Í S V A S C O	Competencias Sanitarias (1984)	Amplia experiencia en modelo EFQM	Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria	EuskoJauraritza- Gobierno Vasco	La política de calidad en el País Vasco ha seguido una continuidad entre los distintos planes presentados	Todos los objetivos de los diferentes planes tienen la misma estructura y presentación: transformados a indicadores cuantificables, presentan la situación actual y el propósito a conseguir tras la intervención	Encuesta de Salud Vasca (1986). Carácter quinquenal, muestreo aleatorio estratificado proporcional	Se presentan resultados de cada uno de los planes de salud
	Plan de Salud 2002-2010	Autoevaluación					Objetivos transformados a indicadores, evaluados y ajustados a nuevas intervenciones	Se presentan evaluaciones para cada uno de los planes sanitarios, siendo éstos la base del diseño de intervenciones posteriores
	Plan de Salud 2013-2020	Evaluación externa			Todos se ajustan al modelo de Calidad Total EFQM,	Con lo cual permite valorar la trayectoria del servicio sanitario desde sus inicios hasta la actualidad	<u>Plan de Salud 2002-2010</u> (69 objetivos)	
	Encuesta de Salud Informe Polen 2004-2012						<u>Plan de Salud 2013-2020</u> (66 objetivos)	

Tabla 20. Síntesis de las propuestas de calidad del País Vasco.

3.2.2.16. Planes Sanitarios de la Comunidad Valenciana.

En 1987 se produce la transferencia de competencias sanitarias para la Comunidad Autónoma de Valencia.

En el año 2000, se crea la Consellería de Sanidad con la función principal de diseñar los diferentes planes de salud, así como de promover la realización de actividades de reconocimiento externo y evaluación de la calidad sanitaria para lo que crea, en 2002, el Instituto de Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias.

El I plan de Salud (Consellería de Sanidad 2001), se desarrolla durante los años 2001-2004, comenzando con un estudio de necesidades realizado a partir de una encuesta de salud de carácter quinquenal (Muestreo estratificado simple aleatorio sin reemplazamiento), cuyos resultados y bases de datos están disponibles en la página de la Consellería de Sanidad.

Para el análisis y el diagnóstico del estado de salud, se realizó un estudio sistemático de los principales indicadores sanitarios utilizados, a nivel nacional e internacional. Se realizó un estudio de opinión de la población (utilizando la técnica Delphi) y de los profesionales sanitarios (utilizando la técnica de grupo nominal) acerca del estado de salud de la población. En base a los resultados de estos estudios, se determinaron las prioridades sanitarias (utilizando la técnica Halon) y se fijaron los objetivos (78 objetivos generales transformados en específicos, operativos y acciones a desarrollar), el papel de los diferentes agentes implicados en el proceso, así como el sistema de evaluación utilizado.

En el 2006, se presenta el II Plan de salud 2005-2009, donde aparece reflejada la evaluación del plan anterior como punto de partida (Consellería de Sanidad, 2009). Este plan sigue la misma estructura organizativa que el anterior plan (diagnóstico, análisis y priorización de necesidades) a diferencia de que en éste tratan de introducir el modelo de excelencia EFQM como modelo referencial, incorporando un apartado que hace referencia a la excelencia de la Sanidad Valenciana (Plan de Excelencia 2006).

En el 2011, y siguiendo con la trayectoria política en materia sanitaria, se presenta el III Plan de Salud 2010-2013, presentando los resultados de las evaluaciones del plan anterior (Consellería de Sanidad, 2011).

Las novedades en este nuevo plan son:

- a) La incorporación de 12 foros de comunicación y participación ciudadana (10 foros representativos de los ciudadanos de la Comunidad Valenciana, 1 representando al Consejero de Salud y 1 compuesto por informantes claves) para conocerlas expectativas de la población valenciana en relación con las apuestas estratégicas del II Plan de Salud, e integrar las opiniones resultantes en la elaboración de próximas intervenciones.

- b) La combinación de dos metodologías para su elaboración. Por un lado, se siguió con la metodología clásica de planificación por áreas de priorización; y por otro, se incorporó la metodología '*Balanced Scorecard*' (Kaplan y Norton, 1992), que permitió comunicar a toda la organización los objetivos estratégicos desde diferentes perspectivas (los resultados finales a conseguir, los agentes de interés, los procesos internos y los desarrollos futuros).

Como resultantes de este proceso, se establecen 22 líneas estratégicas (procedentes de los resultados obtenidos de un análisis DAFO-COME), 35 objetivos generales priorizados en 25 áreas de actuación, 163 objetivos específicos, 361 líneas de actuación y 232 indicadores que formarán parte del proceso evaluativo del plan.

PERIODO	MODELO	ORGANISMO	LÍDERES	ESTRATEGIAS	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS EVALUACIÓN	
C O M U N I D A D V A L E N C I A N A	Competen- cias Sanitarias (1987)	Enfoque integral Modelo EFQM (Autoevaluación / evaluación externa/ acreditación)	Instituto de Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias	Consellería de Sanidad	Planes de salud Diagnóstico mediante encuestas de salud 2001- 2005	<u>Plan de Salud 2001-2004</u> 78 objetivos generales, 216 objetivos específicos y 413 objetivos operativos (medibles y cuantificables)	Estudio de necesidades: encuesta quinquenal de salud (2001). Muestreo estratificado aleatorio simple sin reemplazo	Resultados disponibles tanto de los estudios de necesidades como de los resultados obtenidos en cada uno de los planes
	Plan de Salud 2001-2004	Organismo acreditador		Estudios de opinión a profesionales y a la población		<u>Plan de Salud 2005-2009</u> Objetivos por áreas de intervención (90 objetivos generales, objetivos específicos e indicadores cuantificables)	Priorización de diferentes ámbitos de intervención (utilización de diferentes metodologías: grupos nominales, Delphi y DAFO-COME)	Se realizan evaluaciones de cada uno de los planes de salud
	Plan de Excelencia de 2006			A partir de 2006, planes estratégicos coincidentes con áreas específicas de intervención			Transformación de objetivos a indicadores (medibles y cuantificables) para evaluarlos	
	Plan de Salud 2005-2009					<u>Plan de Salud 2010- 2013</u> 35 objetivos generales, 135 específicos, 361 líneas de actuación, y 232 indicadores		
Plan de Salud 2010- 2013								

Tabla 21. Síntesis de las propuestas de calidad de la Comunidad Valenciana.

3.3. Principales conclusiones y síntesis del capítulo.

Una vez descritos brevemente los principales modelos internacionales en gestión de Calidad en Organizaciones, así como realizar un trazado, de las principales medidas sanitarias realizadas en las diferentes Comunidades Autónomas españolas, se puede concluir que:

Se han encontrado dificultades a la hora de acceder a la información de los informes técnicos, planes y documentos relativos a medidas sanitarias adoptadas por cada una de las Comunidades Autónomas. Del mismo modo cabe resaltar que, debido a la diversidad de documentos encontrados, y a la heterogeneidad de medidas, sería recomendable, en desarrollos futuros, realizar una revisión sistemática de todos los documentos encontrados, para poder valorar la eficacia de las intervenciones llevadas a cabo en gestión de calidad en materia sanitaria a nivel nacional y analizando el papel modulador de las Comunidades Autónomas.

Pese a existir tres modelos internacionales dominantes en Gestión de la Calidad (JCHAO, Sistema de Aseguramiento según Normativa ISO y Sistema de Gestión Total según Modelo EFQM), en la práctica política se han encontrado diferentes modelos: unas comunidades sin un modelo claro para gestionar la calidad (Canarias, Comunidad de Madrid), aquellas que han optado por incorporar más de un modelo de calidad (Aragón, Asturias, Baleares, Castilla y León, Cataluña, Extremadura y Galicia), las que han diseñado un modelo propio (Andalucía) y otras que sí que han seguido una continuidad en la aplicación de un modelo de gestión de calidad internacional (País Vasco y Comunidad de Valencia).

Cabe resaltar que existen diferencias en cuanto a la tradición en gestión de calidad en salud en relación a implementación y continuidad con las diferentes medidas. Esto puede ser debido al proceso de descentralización de competencias sanitarias a nivel sanitario. Otras posibles explicaciones podrían encontrarse en variables de tipo político (partidos políticos que han gobernado en cada Comunidad Autónoma) y económico (presupuestos asignados a cada una de las medidas), por lo que sería conveniente introducir estas nuevas variables en posteriores estudios.

A nivel organizativo, algunas Comunidades Autónomas (por ejemplo, Andalucía y País Vasco) cuentan con organismos específicos dedicados a implementar, evaluar y gestionar medidas de calidad en sanidad, mientras que otras comunidades solo cuentan con planes generales de salud.

Pese a que la salud es una necesidad que ha sido definida globalmente en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, cada Comunidad Autónoma ha detectado y conceptualizado diferentes necesidades sanitarias en sus territorios. Se puede observar en la heterogeneidad del número de objetivos, estrategias y acciones de intervención diseñados en cada uno de los Planes de Salud.

A nivel general, existe una debilidad metodológica en cuanto al diseño y evaluación de acciones basado en necesidades, ya que existen desajustes importantes en cuanto a la adecuación necesidad-objetivo-diseño de

implementación-evaluación (Anguera, 2008; Chacón y López, 2008; Chacón, Shadish, y Cook, 2008; Chacón, Sanduvete, Portell y Anguera, 2013; Holgado, Chacón, Sanduvete y Pérez Gil, 2016). Muestra de ello se observa en el caso de Extremadura en el que el plan marco no es desarrollado de manera directa por el plan estratégico, puesto que no existe relación entre ambos diseños.

En la mayoría de los modelos, no se han presentado o no se ha tenido acceso a los resultados de evaluaciones de planes anteriores. Esto dificulta la valoración de la eficacia, efectividad y eficiencia de las medidas desarrolladas en materia sanitaria.

El contexto económico en España a partir del 2007 como consecuencia de la crisis económica, ha hecho que se produzca una ruptura en los modelos planteados, incluso en algunos casos retrocesos en cuanto a las medidas llevadas a cabo en calidad en el ámbito sanitario (ejemplo de ello lo podemos observar en el caso de Castilla-La Mancha que partió de un modelo integral basado en el modelo EFQM de gestión de calidad, a adoptar medidas aisladas de calidad).

Pese a crearse una Sociedad Española para garantizar estándares de calidad en organizaciones sanitarias, éstos no se han implementado en los hospitales y organizaciones sanitarias de las diferentes Comunidades Autónomas. Para posteriores estudios, sería recomendable evaluar el grado de implementación de estos indicadores, así como la evolución de los mismos.

La mayoría de las propuestas están diseñadas para mejorar la percepción y satisfacción de los usuarios de sanidad, obviando el papel de los profesionales que trabajan en las organizaciones.

El objetivo final de este capítulo ha sido ofrecer una visión panorámica de las diferentes medidas llevadas a cabo por las diferentes Comunidades Autónomas, sería recomendable, aunque excede de los objetivos de esta tesis, profundizar de manera más detenida y detallada en cada una de las propuestas encontradas, realizando revisiones sistemáticas y meta-análisis en su caso.

CAPÍTULO 4.
**PRINCIPALES IMPLICACIONES EPISTEMOLÓGICAS Y
METODOLÓGICAS DE LA INVESTIGACIÓN**

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

4.- Principales implicaciones epistemológicas y metodológicas de la investigación	123
4.1.Crisis del conocimiento científico y sus repercusiones en la ciencia social y comportamental.....	124
4.2. Del positivismo a la hermenéutica.....	127
4.2.1. La epistemología positiva.....	127
4.2.2. La reacción al positivismo: epistemología hermenéutica .	128
4.3. Metodologías de la investigación social y comportamental: métodos cuantitativos vs cualitativos.	133
4.3.1 Perspectiva metodológica cuantitativa.....	134
4.3.1 Perspectiva metodológica cualitativa.....	138
4.4.Hacia una perspectiva metodológica integradora: tercer movimiento metodológico	142
4.4.1.-Estrategias desde la pluralidad metodológica.....	143
4.4.2.-Pluralidad metodológica para valorar el ambiente del grupo de trabajo	148
4.5. Principales conclusiones y síntesis del capítulo	151

4. Principales implicaciones epistemológicas y metodológicas de la investigación.

Tras los intentos por acercarnos al concepto 'calidad institucional' en organizaciones sanitarias desde la revisión de la literatura, y haber acotado en qué dirección ha de continuar nuestro trabajo de tal manera que permita aproximarse al concepto de una forma más concreta, en esta parte se trata de determinar qué abordaje metodológico sería el más idóneo para acercarnos al estudio de la calidad institucional desde una perspectiva empírica.

Dentro de la filosofía de la ciencia, se ha producido un conjunto de transformaciones que, en la práctica investigadora, ha llevado a cuestionar, desde diversos ángulos, el modelo positivista clásico. Críticas que no sólo corresponden a los procesos metodológicos utilizados por las ciencias sociales y del comportamiento sino que, en gran parte, responden a la revisión de los propios fundamentos de la ciencia en general.

Partiendo de este punto de vista, la investigación se analiza teniendo en cuenta los aspectos epistemológicos, metodológicos y los principales instrumentos de investigación utilizados para la obtención del conocimiento.

En concreto, desde el plano epistemológico, interesa estudiar el para qué se realiza de una determinada forma la investigación, tratando de explicar o comprender el sentido de los comportamientos sociales; a este nivel corresponde delimitar adecuadamente la naturaleza del objeto de estudio (la calidad institucional representada a través de la calidad del clima laboral) y del sujeto, así como la relación de ambos en el proceso de investigación.

Por otro lado, desde la perspectiva metodológica, es importante resaltar por qué la investigación se realiza de una manera determinada, estableciendo la adecuación de la investigación a las dimensiones del objeto que se estudia; en este sentido, nos podemos encontrar con perspectivas de corte metodológico cuantitativo y cualitativo dependiendo del objeto de las características del objeto de estudio.

Por último, cabe expresar que este capítulo podría entenderse como una apertura integradora entre los diversos aportes de la perspectiva postpositivista de investigación desarrollada en los últimos años. Es por ello que, en la última parte del capítulo, se hace referencia a las principales estrategias para la combinación simultánea de herramientas metodológicas cualitativas y cuantitativas como posible planteamiento para el estudio empírico de la calidad institucional en organizaciones sanitarias.

4.1. Crisis del conocimiento científico y sus repercusiones en la ciencia social y comportamental.

En el panorama actual de la ciencia, existe una enorme diversidad de formas de producir conocimiento científico en lo que atañe a aspectos tales como el manejo específico de las categorías de verdad y objetividad (Vidal, 2000); el marco epistemológico del que parta la investigación; el paradigma o paradigmas en los cuales subyace el cuerpo teórico del trabajo; el problema de la relación teórico-metodológica; la utilización de un tipo de instrumento específico; las técnicas estadísticas o las técnicas centradas en el relato. En suma, todo ello entraña una notable dificultad para establecer agrupaciones, clasificaciones y secuencias según el esquema lineal-acumulativo utilizado en las historias de la filosofía y de la ciencia de corte “moderno”.

Es por ello que, en medio de las fracturas que operan en la disciplina, sería posible establecer una clasificación de las distintas corrientes que permanecen y se desarrollan hoy día poniendo de manifiesto la fragmentación que padece la ciencia y el pensamiento en su conjunto.

Una ruptura que tiene mucho que ver con la fisura entre los principios sobre los que se había asentado el mundo occidental hasta la década de los setenta y ochenta. En este sentido, es oportuno hacer una distinción entre formas presentes de hacer ciencia partiendo de posicionamientos de tradición moderna, y ciertos modos de producción de conocimiento específicamente contemporáneos, que responden de algún modo a las nuevas condiciones socio-cognitivas impuestas por ese fenómeno general que se denomina postmodernidad.

Primeramente, se tendría que considerar todo ese núcleo de matriz moderna ilustrada que, desde el siglo XVIII hasta el último tercio del siglo XX ha dominado el ámbito profesional-académico; es decir, al posicionamiento positivista metódico-fisicalista (modernidad) y después a los modelos siguientes que, pretendiendo ser una superación en el siglo XX (postmodernidad) han tratado de subsanar el malestar causado por todas aquellas promesas incumplidas por la modernidad (Toledo García, 2008).

Hasta el primer tercio del siglo XX, las ciencias sociales y comportamentales tuvieron una época de auge y consolidación como consecuencia de los fructíferos estudios de las estructuras, a partir de las cuales se permitía establecer principios de causalidad entre los objetos de estudio ofreciendo una ordenación lógica y formal de los hechos, en la que las diferentes dimensiones psicológicas, políticas, ideológicas, económicas, sociales y culturales quedaban aglutinadas mediante los mecanismos deductivos de la causalidad estructural (Martín Jorge, 2007).

En general, la nueva situación llevó a esquemas formales de análisis estructurales supuestamente superiores en su científicidad en cuanto a la manera específica de ordenación de los hechos (Vidal, 2000).

Hasta aquí se dio siglo y medio de ciencia moderna, bajo la presunción de una realidad fuera del objeto de estudio bajo la que subyace el valor de la verdad como principio legitimador del conocimiento obtenido: el principio de explicación causal y de regularidad de los fenómenos.

Tras reinar en el pensamiento social durante casi tres siglos la unión de ciencia y progreso, hoy en día, parece haber entrado en declive. Hay algunas corrientes intelectuales que van en contra de sus premisas profundas fundamentales; otras corrientes las consideran como una simple continuidad con respecto a la época moderna anterior (Bericat Alastuey, 2003).

Al margen de que se acepten o no los axiomas básicos en los que se basa esta corriente intelectual tan confusa como es el postmodernismo, es necesario reconocer que en el actual marco de la ciencia se produce una fragmentación del conocimiento científico y, como consecuencia, una fragmentación del acceso a la realidad social y comportamental. Frente a etapas anteriores en las que uno o varios paradigmas pugnaban por la hegemonía de ser referentes de cualquier explicación científica totalizadora acerca de la realidad social y comportamental, nos encontramos con una multiplicidad de paradigmas que coexisten en el tiempo del mismo modo que emergen procesos paradójicos: por un lado, hipermodernización y, por otro, neo-modernización como proceso simultáneo; en esta línea se basa la 'hipótesis de la bifurcación postmoderna' (Bericat Alastuey, 2003): la extensión del irracionalismo, el renacimiento del misticismo y la rebelión contra la razón y la ciencia, y el pensamiento reiterante en la imagen dominante de degeneración, de deterioro de decadencia.

En resumen, lo que se percibe como características de este mundo de principio de siglo es una tensión confusa entre tendencias centrípetas globalizadoras y reacciones centrífugas situadas a nivel local, en donde los grandes relatos modernos van dejando de tener sentido cayendo en el nihilismo más nietzscheano que impregna a todas las esferas del conocimiento científico institucionalizado.

Este es el panorama general de una crítica "anti-cientificista" que lanza enormes retos a los científicos de este principio de milenio; sin embargo, es posible admitir el nacimiento de una nueva forma de producir conocimiento que viene caracterizada por una intensa reflexión teórica en permanente diálogo con otras disciplinas sociales (Sociología, Filosofía, Antropología y la Lingüística) pioneras en la asunción de la nueva perspectiva pragmática y postmoderna que cuestiona los viejos paradigmas modernos.

Esta nueva concepción de ciencia, mucho más dinámica y heterogénea que lo social, asume un marco interpretativo hermenéutico-fenomenológico, cogiendo el testigo del viejo marco positivista hegemónico y asumiendo los planteamientos del deconstruccionismo derridiano. En este sentido, se puede decir que se produce un "giro lingüístico" o, dicho de otra manera, se enfatiza el "lado asertivo del lenguaje" (Echeverría, 1987) en el que cobra especial importancia el análisis del discurso sobre cualquier otro tipo de pesquisa del mundo social material mediante la correlación que se establece entre la realidad humana y el universo simbólico que la configura; por tanto, es en el escrito donde se culmina un sentido estricto cultural de lo social con todo lo que

supone. En este sentido, esta forma de hacer ciencia se aleja de apriorismos teóricos deterministas que sometan los hechos a la experimentación tratando de comprender e interpretar las acciones y los conflictos humanos en su doble autonomía e inserción en sistemas sociales normativos sin que ello suponga caer en un relativismo radical.

A modo de síntesis, tres podrían ser los aspectos fundamentales que delimitan el talante de este modo de producir conocimiento:

El primero tiene que ver con la perspectiva metodológica que adopta, que suele ser puramente cualitativa, tanto en las herramientas de recogida de información (entrevistas en profundidad, historias de vida, método Delphi), como en sus técnicas de análisis que se centran en el análisis del texto y del discurso. El cambio de perspectiva no sólo se aprecia en la instrumentación y los tipos de análisis que se realizan en las investigaciones, sino que lo que cambia también es el tamaño de lo que quiere estudiar. Se trataría pues del '*valor metodológico de la pista*' (Vidal, 2000, p. 32) en el que, a partir del estudio de las situaciones particulares, se pueden alcanzar generalizaciones. Este tipo de abordaje se puede encontrar en "El campesino polaco" de William I. Thomas y Florian Znaniecki traducida al español por Juan Zarco (2004), que pone en marcha una nueva forma de generar conocimiento a través de lo que ya se ha consagrado como la "*grounded theory*", que va cogiendo cada vez más relevancia en cuanto a la forma de obtener conocimiento social y comportamental.

Un segundo aspecto destacable es la influencia ejercida desde diferentes disciplinas como la antropología o la semiótica. En este sentido, se puede destacar los trabajos de Greertz (2001), Reinoso (1991), o Greertz y Marcus (1991), en los cuales se resalta la importancia de la retórica, en el que el relato como registro de redes de significación de los distintos contextos sociales juega un papel importante. Esto es decisivo para esta práctica científica, ya que queda plasmado este talante en el desarrollo de las investigaciones, donde se utilizan modelos teóricos débiles en los que impera la 'descripción densa' muy ligada a la práctica y al contexto interpretativo donde surge.

El tercero de los aspectos a destacar es la concepción de verdad del conocimiento obtenido, ya que en esta forma de producir conocimiento desaparecen tales pretensiones, quedando impregnada por la subjetividad del propio investigador; por tanto, la técnica narrativa se convierte en mera descripción de lo social, anulando el principio de conocimiento absoluto de la realidad.

Una vez detallada la situación actual en la que se encuentra el conocimiento científico en general y las repercusiones que ha tenido sobre las ciencias sociales y comportamentales, en el siguiente de los puntos a desarrollar se concretará el giro epistemológico que se ha producido dentro de las ciencias. Para ello en primer lugar se presentará la corriente epistemológica positivista, continuando con la otra gran corriente epistemológica: la hermenéutica.

4.2. Del positivismo a la hermenéutica.

El proceso teórico y metodológico seguido en el proceso de la producción del conocimiento científico ha estado sometido por una larga discusión a lo largo de la historia. En este sentido, el concepto 'conocimiento' ha sufrido diferentes cambios de perspectivas dependiendo de las distintas épocas; premodernidad, modernidad, postmodernidad, así como las diferentes posiciones de las dos grandes corrientes epistemológicas de las ciencias, es decir, el positivismo y la hermenéutica, y de las distintas metodologías utilizadas que se derivan de ellas, la metodología cualitativa y la cuantitativa.

En un principio ambas posiciones epistemológicas, positivismo y hermenéutica, estuvieron sometidas a una larga discusión con posiciones enfrentadas. En general, se asume que ambas poseen diferentes perspectivas para acercarse al objeto de estudio debido al área de interés que cada una posee. A grandes rasgos, se puede asumir que la investigación centrada en la epistemología positivista tiene como principal preocupación en el análisis estadístico de los datos recogidos, por medio de estudios y experimentos (Olabuenaga, 2012).

Por su parte, la epistemología hermenéutica, en lugar de buscar relaciones causales mediante hechos objetivos y análisis estadísticos, pone énfasis en la interpretación y comprensión de los fenómenos particulares que acontecen en un contexto y espacio definido.

A continuación, se describirá brevemente ambas perspectivas, teniendo en cuenta los aspectos centrales que sostienen y detallando algunas reseñas que permitan establecer su 'diferenciación' histórica.

4.2.1. La epistemología positivista.

El positivismo es una corriente epistemológica que surge a inicios del siglo XIX influenciada por los grandes descubrimientos dentro de las ciencias naturales de la época.

Se parte de la premisa de que los fenómenos sociales poseen un carácter de regularidad semejante a las leyes de la naturaleza y, por tanto, el interés tal y como se ha adelantado anteriormente se trataría precisamente de conocer las regularidades del mundo, con el fin de producir conocimiento válido mediante la utilización del método científico.

En este mismo sentido, *“la ciencia social debe fundarse en las leyes de la naturaleza del hombre individual, dado que su único tema son las acciones y pasiones de los seres humanos reunidos en el estado social; acciones y pasiones que obedecen a las leyes de la naturaleza humana individual, siendo dichas leyes el objeto de la ciencia social”* (Casto, Castro y Morales, 2005, p. 76).

En definitiva, la corriente epistemológica positivista surge como una manera de legitimar el estudio científico inicialmente en las ciencias naturales, en la física principalmente y, a partir de la revolución francesa, en las ciencias sociales.

Para ello, propone un solo procedimiento inductivo como el método para obtener conocimiento auténtico: el método científico, considerado aplicable a cualquier disciplina que tenga por objeto explicar las causas de los fenómenos a partir de las regularidades que presentan, por medio de leyes generales y universales.

Durante el siglo XX, a partir de los trabajos realizados por Bertrand Russell y otros, el filósofo francés Ludwig Wittgenstein elabora el texto "Tractatus logico-philosophicus" (1922), que es recogido por el círculo de Viena, movimiento científico y filosófico que trató de elaborar un lenguaje común a todas las ciencias, separando lo que es ciencia de lo que no lo es. Aquí surge el nacimiento del positivismo en manos del empirismo lógico.

Las críticas no tardaron en aparecer. El mismo Karl Popper en su obra "The logic of scientific discovery" (1959) plantea serias críticas acerca del positivismo lógico de Viena, centradas en que el objeto de basar todo conocimiento científico en lo empírico es irrealizable.

Esta crítica pronto fue asumida por el Círculo de Viena; de esta manera, el positivismo lógico evolucionó hacia el racionalismo crítico y, por tanto, se volvió hacia los procedimientos deductivos apoyados de un fuerte marco teórico.

Otras de las duras críticas al positivismo no surgieron desde dentro del propio planteamiento epistemológico positivista, de otra fuerte corriente surgida en Alemania; el epistemológico hermenéutico, que tachó de imposibles las pretensiones de aplicar el método científico procedente de las ciencias físicas-naturales, a las ciencias del hombre, ya que éste carece de síntesis interpretativa y deja al margen cuestiones tan importantes como la intencionalidad, la autoreflexibilidad y la creación de significado.

4.2.2. La reacción al positivismo: epistemología hermenéutica.

Como alternativa al positivismo, empezaron a surgir planteamientos que se alejaban de la rigidez metodológica propuesta por éste. En este sentido, Sorokin (1997, cit. en Gaulejac, 2005, p. 71) acuña el término «*cuantofrenía*», entendida como la utilización abusiva o mal hecha de una medida o "la ilusión de creer que la realidad no puede ser comprendida y dominada sino a condición de poder medirla".

Siguiendo el hilo argumental se puede decir que, si la finalidad de ciencia desde la perspectiva positivista es elaborar explicaciones causalistas de lo acontecido en el universo, desde esta otra perspectiva de carácter historicista, se entiende que la acción no puede ser explicada causalmente, sino más bien comprendida, es decir; la acción social debe ser reconstruida

hasta hacerla inteligible, y para ello, tiene que ser capaz de mostrar el punto de vista del actor y establecer sus razones.

Es por ello que esta corriente epistemológica es entendida como '*arte de explicar, traducir o interpretar*' (Arias Serrano, 2012, p. 32); es decir, la hermenéutica es la ciencia y arte de la interpretación principalmente de los textos, para determinar el significado exacto de las palabras mediante las cuales se ha expresado un pensamiento.

Los primeros intentos por utilizar este tipo de abordaje epistemológico ya aparecen en la antigua Grecia con Evémero de Mesene en siglo IV a.c. en su intento por realizar una interpretación crítica y completa de los textos que recogían las leyendas y mitos del pueblo griego (Haskell, 2010).

Posteriormente, dentro de la teología cristiana, este procedimiento seguía vigente, tratando de marcar los principios y las normas para interpretar los textos bíblicos (Haskell, 2010).

En la época del Romanticismo, Schleiermacher (2005, cit. en Farias, 2010) a la hora de reconstruir el pensamiento de nuestros antepasados, propone trasladarse al espíritu del autor del texto, entendido éste como el pensamiento particular que guía las interpretaciones en cada momento.

Otra aportación clave fue la del historiador alemán Doysen (1925, cit. en Fernández, 2009), quien utilizó por primera vez los términos alemanes *erklären*, cuya traducción más común es explicación, y *verstehen*, traducida por comprensión. De este modo, realiza una distinción entre los dos tipos de corrientes epistemológicas, abriendo una disputa entre los intelectuales y académicos de la época que ha estado vigente hasta hace pocos días; es decir, tratar de dilucidar qué método es más adecuado para la producción del conocimiento.

Esta concepción dualista influirá de manera decisiva en el historicismo de Dilthey (1883, cit., en Marx, 2010), quien hace la distinción entre las dos clases de ciencias: las ciencias de la naturaleza y las ciencias del espíritu. Estas últimas son las encaminadas a desarrollar el planteamiento hermenéutico, ya que estaban llamadas a la reconstrucción del mundo de significados en la que enmarcar el comportamiento individual desde la perspectiva vital del autor.

Compartiendo esta misma distinción, Wildelband (1924, cit. en Carr, 2011), en su libro "Historia y ciencia natural" hizo una nueva distinción de las ciencias, diferenciando entre saberes nomotéticos que buscan leyes y regularidades, y ciencias ideográficas volcadas en la interpretación de los acontecimientos humanos.

Posteriormente, Heidegger (2003) deja de considerar la hermenéutica como un modo de comprensión del espíritu, concepción históricamente aceptada, situándola como el modo fundamental en que el ser humano se sitúa en el mundo (existir es comprender).

Desde entonces, la hermenéutica se convierte en una teoría del conocimiento que identifica la verdad a través de una interpretación

históricamente situada. Por este y otros motivos, la hermenéutica es considerada la escuela de pensamiento opuesta al positivismo.

En este sentido, dentro de la hermenéutica se critica la búsqueda de leyes generales y universales, ya que dejan de lado los elementos que no pueden ser generalizados. Por esta razón, algunos defensores de esta corriente apuestan por un conocimiento ideográfico, más preciso pero no generalizable, en lugar de uno nomotético.

Finalmente, desde esta perspectiva se planteó la necesidad de identificar las causas internas de los fenómenos, alejándose de la explicación externa de los mismos, dando lugar a la explicación hermenéutica.

Lo que se ha expuesto hasta ahora permite afirmar que el ámbito de las ciencias está dividido en dos grandes posturas que implican no sólo una manera particular y diferente de concebir la actividad científica, sino que involucra una concepción diferente de realidad, de sujeto y de formas de relación que se establecen entre ellos en el proceso del conocimiento. Todo ello se pone de manifiesto con los términos "metodología cuantitativa versus cualitativa (véase Tabla 22).

El término "metodología" es entendido como el estudio del método. A su vez, el término "método" es un proceso de abstracción sobre las actividades que los investigadores desempeñan, haciendo especial hincapié en la forma de adquisición del conocimiento.

Durante los siglos XIX y XX, la práctica científica ha estado definida desde el paradigma dominante positivista como la búsqueda de explicación, de manera sistemática, de los fenómenos estudiados; como una preocupación deliberada por examinar las teorías e hipótesis; y como el conjunto de convenciones metodológicas que pone el acento en el descubrimiento de los principios generales. Se trata, pues, de una actividad caracterizada por una lógica objetiva y racional (Bunge, 1989).

Actualmente, en el contexto de crisis del paradigma dominante de las ciencias, la perspectiva hermenéutica ha tomado un particular impulso. El empeño positivista por reducir la realidad a través de un sistema de procedimientos cuantitativos ha producido una crisis del conocimiento científico, fragmentando la realidad en entidades inconexas, lo cual se manifiesta fundamentalmente en la debilidad de los criterios de validez y confiabilidad positivistas que imponen al conocimiento científico, frente a la complejidad y dinamismo de los fenómenos sociales.

En resumen, el uso y abuso de la metodología cuantitativa ha dado lugar a la emergencia de la metodología cualitativa, encargada de la búsqueda de nuevos caminos que permitan un conocimiento 'más acabado' de los fenómenos. Esta manera de entender la crisis metodológica en las ciencias, particularmente en las ciencias sociales, ha generado una 'falsa' dicotomía entre el sistema de procedimientos de corte cuantitativo y el conjunto de técnicas cualitativas como si representaran, per se, posiciones epistemológicas opuestas, dando lugar a una confusión respecto de los criterios metodológicos "correctos" de los procesos de investigación.

Otros planteamientos destacan la existencia de divergencias entre los métodos cualitativos y cuantitativos, que van más allá de las ventajas o desventajas de cada uno (Anguera, 1985a, 1985b, 1985c); y otros las ven como un choque entre paradigmas metodológicos (Abalde Paz y Muñoz Cantero, 1991, p. 95).

Como consecuencia de esta pugna paradigmática, entre las dos grandes tradiciones epistemológicas, emerge el postpositivismo, que reformula los principios fundamentales de la concepción positivista, basándose fundamentalmente en ideas no solo diferentes sino también contrastables.

Desde el punto de vista gnoseológico, el positivismo intenta superar el esquema clásico que considera la producción de conocimiento como el resultado de una interacción dialéctico-dual entre el conocedor y el objeto conocido, considerándola más bien del siguiente modo: *“Cada conocimiento como cada punto de una elipse (usando una analogía, estaría determinado por las distancias a los focos, cuya suma siempre es constante. Cada conocimiento sería el resultante de dos factores (sujeto y objeto), cada uno de los cuales tendría un área de mayor influencia de acuerdo al campo de pertenencia de dicho conocimiento”* (Montoya, 2005, p. 35).

Dicho de otra manera, en el proceso dialéctico, aun siendo dual, entran en juego otros interlocutores (como los procedentes de los factores sociológicos, biológicos, psicológicos, culturales) que influyen en la conceptualización que se haga del objeto.

Tabla 22.

Síntesis de los paradigmas en las ciencias sociales y del comportamiento (adaptación de Alvira y Serrano, 2015, p. 90).

PARADIGMA	POSITIVISMO	POSTPOSITIVISMO	HERMENÉUTICA
ONTOLOGÍA	Realismo ingenuo: la realidad social es real y se concibe (cosificación)	Realismo crítico: la realidad social es real pero conocible solo de un modo perfecto y probabilístico	Realismo múltiple: el mundo conocible es el de los significados atribuidos por los individuos: relativismo
EPISTEMOLOGÍA	Dualismo	Dualismo	Ausencia de dualismo
	Objetividad	Objetividad modificada	Objetividad: el investigador y el objeto de investigación están relacionados entre sí
	Resultados ciertos	Ciencias experimentales en busca de leyes	Ciencia interpretativa en busca de significado
	Ciencias experimentales	Multiplicidad de teorías para el mismo hecho	Objetivo: comprensión
	Objetivo: explicación	Objetivo: explicación	Generalizaciones: enunciados de posibilidad, tipos ideales
	Generalizaciones, leyes naturales Inmutables	Generalizaciones: leyes provisionales, susceptibles de revisión.	
METODOLOGÍA	Experimental	Separación observación-observado	Interpretación empática entre investigador y objeto de estudio
	Quasiexperimental	Predomina el método deductivo (comprobación de hipótesis)	Predomina el método de inducción (el conocimiento procede de la realidad estudiada)
	Observacional	Predominan técnicas cuantitativas sin descartar cualitativas Análisis por variables Experimental Quasiexperimental Observacional	Técnicas cualitativas

4.3. Metodologías de la investigación social y comportamental: métodos cuantitativos vs cualitativos.

De lo expuesto hasta aquí, se puede considerar que el objeto de estudio está conformado por sujetos reflexivos que observan y construyen la realidad con dichas observaciones. Por tanto, se trata de sujetos que son parte de la realidad, y la propia realidad es parte de ellos.

Desde este planteamiento, la realidad social es un objeto con rasgos muy específicos y sin dejar de ser, objetos, al mismo tiempo es un conjunto de sujetos que desarrollan acciones cognitivas de su mundo y acciones pragmáticas de intervención. Giddens (1994, p. 417) dice que el estudio de lo social. *“es una empresa cautivadora y atrayente al tener como objeto nuestro propio comportamiento como seres sociales”*; es decir, el individuo es sujeto y objeto de conocimiento. En este mismo sentido, Piaget Lazarsfeld y Mackenzie (1983, p. 67) formulan lo siguiente manera: *“La dificultad epistemológica fundamental de las ciencias del hombre consiste en que éstas son a la vez sujeto y objeto”*.

De este modo, las ciencias sociales y del comportamiento abordan la investigación desde dos puntos de vistas diferentes: por un lado, estudia los objetos (grupos, roles, normas, creencias, valores, actitudes, estructuras), como productos de los individuos que, a su vez, resultan influidos por la existencia de tales objetos. Por tanto, la objetividad de los investigadores sociales se desprende de las propiedades de carácter colectivo y global; y por otro lado, el objeto de estudio, tiene propiedades sistémicas como resultantes de la agregación de las cualidades de los sujetos que componen la sociedad.

Teniendo en cuenta esta doble perspectiva, se pueden distinguir dos tipos de sistemas sociales: los lineales y los no-lineales.

Los lineales son concebidos como el sumatorio de las propiedades de cada uno de los elementos; de esta manera, lo social quedaría constituido por la totalidad de sus partes. El cambio social desde esta perspectiva es entendido como una reorganización de las partes.

Por el contrario, los sistemas no-lineales se basan en relaciones emergentes concebidas como una totalidad organizada donde las propiedades del sistema no se reducen a las propiedades de los individuos, sino más bien al resultante de la interacción mutua. En este sentido, lo social quedaría configurado como una totalidad estructurada en la que se ha perdido la identidad de las partes que la componen, y en donde el cambio es entendido como producto de la alteración del sistema (Martínez, 1993).

La elección de un abordaje lineal o no-lineal dependerá, sobre todo, del problema concreto que se ha de estudiar. Definir el método de investigación adecuado se sitúa en el nivel teórico del conjunto del proceso de evaluación, mientras que la elección de las técnicas que se han de emplear se refiere a un nivel práctico (las técnicas de investigación son instrumentos para la recogida, tratamiento y análisis de la información).

Según sea la naturaleza o propiedades diferenciales del fenómeno a estudiar como parte delimitadora de la sociedad, se abordará el objeto de estudio social desde dos perspectivas claramente diferenciadas, la metodología cuantitativa (métodos cuantitativos o distributivos) y/o la metodología cualitativa (métodos cualitativos o estructurales).

4.3.1. Perspectiva metodológica cuantitativa.

La investigación social cuantitativa analiza todos aquellos aspectos en los que la cantidad y su incremento o decremento constituyen el objeto de la descripción o el problema que ha de ser explicado; es decir, cuando se utilizan números, magnitudes para dar cuenta de los objetos-unidades de análisis en el plano empírico; mientras que en el plano teórico incluye los números para representar a los conceptos y proposiciones de la realidad social.

Se trata fundamentalmente de cuantificar; por ejemplo, cuántas personas de una organización determinada han recibido cursos de formación sobre seguridad e higiene; si existe relación, y cuánta, entre la edad y la satisfacción en programas de formación en seguridad e higiene recibida por los trabajadores de una determinada organización; cuántos usuarios consideran que los programas de atención a la tercera edad han sido suficientes.

La investigación social cuantitativa opera con mediciones de los fenómenos sociales (Ibáñez, 1985b). Por tanto, en este tipo de investigación impera una concepción naturalista de la realidad social, donde rige una lógica basada en la asociación estadística que excluye el sentido y la significación de la acción humana.

Desde la perspectiva metodológica cuantitativa, lo que se pretende es conocer la distribución de características que componen la realidad de estudio; por tanto, su finalidad es buscar el promedio y las diferencias de determinadas variables, para lo cual sus conceptos han de ser extensibles a una o más propiedades objeto de estudio; es decir, al universo de estudio (Martínez, 1999).

En general, desde esta perspectiva, el individuo es la unidad social: se analizan sus respuestas (mediante encuesta por ejemplo) sin tomar en cuenta la influencia del medio social; del sistema de relaciones del que forma parte. Se trata de un proceso de estudio que reproduce información de sujetos aislados entre sí y que los combina en forma cuantitativa. La realidad que se estudia es resultado de la agregación del conjunto de las respuestas de los sujetos que desarrollan acciones aisladas.

Por lo tanto si la realidad social, tal y como se ha expresado anteriormente, viene definida por individuos, desde esta perspectiva metodológica, éstos adquieren un carácter homogéneo; es decir, se reduce la realidad a individuos análogos ya que es la única forma de poder combinarlos cuantitativamente en su totalidad. De este modo la información que se obtiene acerca de la realidad social estudiada se genera a gran escala mediante series estadísticas, reduciendo la complejidad social a individuos estandarizados. Por

otra parte, todos los sujetos-objetos de estudio son valorados por el mismo instrumento de medida, y a todos ellos se les aplica una idéntica distribución de los valores de las variables seleccionadas de estudio.

En resumen, la investigación cuantitativa analiza la realidad social como hechos absolutos que pueden ser estudiados al margen de sus relaciones sociales. En este sentido, la realidad social se simplifica y conceptualiza sin tener en cuenta el sentido de la acción, su dinámica historia y sus múltiples interrelaciones (Adorno, 1979). Esta concepción se sostiene en autores como Durkheim (1979) cuando señaló que los hechos sociales son cosas, en la misma forma que la física y las ciencias naturales; los hechos aparecen estáticos -inmóviles- y aislados, haciendo abstracción de la dinámica histórica en las que cobran sentido. Lo que interesa en el método cuantitativo es la presencia o ausencia de la característica estudiada; se limita a constatar datos que registren huellas de los objetos sociales (Wilson, 1987). La idea central del paradigma cuantitativo que preconiza la división y atomización de la realidad fue formulada como principio universal de la ciencia en el discurso del método por Descartes (1964 p. 40): "dividir cada una de las dificultades que hallara a mi paso en tantas partes como fuera posible".

La perspectiva cuantitativa recurre al modelo probabilístico y usa la estadística como herramienta que permite aprehender las propiedades aditivas de la realidad social. Establece la distribución de frecuencias de las características sociales en un conjunto de individuos. Su fundamento se encuentra en la naturaleza de la cuantificación hegemónica que se practica en la sociología positivista, que define regularidades conmutativas, asociativas y distributivas, apoyándose en la aditividad (multiplicación, exponenciación, resta, división, raíces y logaritmos son sumas más o menos complejas); en definitiva, la sociedad se caracteriza por ser un sistema de relaciones lineales, con propiedades que son producto de la suma de sus partes individuales. En ese contexto, la sociedad sólo es vista como resultado de los sujetos que la conforman, sin considerar las propiedades emergentes o globales, que trasciendan a los individuos.

La generalización del conocimiento en la investigación cuantitativa es producto de la inferencia de una conclusión que se establece a partir del estudio de muchos casos; lo general es resultado de la frecuencia de la distribución de las características en muchos individuos. Lo que interesa en la generalización cuantitativa es la presencia de un elevado número de elementos, para poder establecer una propiedad colectiva.

Por tanto, y a modo de conclusión, desde la perspectiva cuantitativa los hechos sociales se explican de manera objetiva, lineal y en regularidades. La explicación se basa en la concepción causa-efecto aristotélica, asumiendo el modelo mecanicista de causalidad lineal. Es objetiva porque se trata de hechos situados al margen de la voluntad de los individuos; por tanto, desde esta perspectiva, la realidad se entiende por sus partes fragmentadas que definen las causas sobre los otros elementos que conforman la sociedad.

Toda modificación se explica como producto de la acción directa de la fuerza local de un fenómeno sobre otro, y todo es resultado de causas directas; de esta forma, se elimina toda finalidad teleológica (causa final aristotélica); las relaciones entre los fenómenos no tienen significado último. La explicación es de abajo hacia arriba; como se trabaja con una masa de datos numéricos, el objetivo es encontrar regularidades o leyes basadas en los comportamientos individuales de las personas (Bunge, 1989).

Una vez abordadas las principales características de la perspectiva metodológica cuantitativa, se pasará a describir el aparatage instrumental que utiliza para su aplicación en investigaciones.

Técnicas cuantitativas.

Dentro del proceso de investigación cuantitativa, el aspecto técnico es una parte importante ya que el investigador, mediante la observación recoge los datos de una realidad para luego, mediante herramientas estadísticas, analizar su extensión permitiendo así cuantificar.

En este proceso de recogida de información, se produce una doble reducción de la realidad social (Ortí, 1986): por un lado, se reduce analíticamente el hecho social en un enunciado de observación, fragmentando el conocimiento en unidades operacionalizadas y sus correspondientes valores; es decir, la realidad social se articula en un conjunto de categorías medibles y directamente observables; y por otro lado, se produce otra reducción desde el hecho al dato concreto; en este proceso, la realidad queda sustituida por una serie de distribuciones de frecuencias de las variables previamente establecidas.

En esta doble reducción analítica, la observación de la realidad es categorial (Rusque, 1999), por lo que el lenguaje juega un papel importante a la hora de concretar lo observable en una sola dimensión referencial.

Se puede distinguir los siguientes tipos de hechos fácticos que se suelen abordar desde esta perspectiva metodológica:

Las herramientas cuantitativas posibilitan la ruptura del conocimiento espontáneo, ya que tienen su base en el diseño de la investigación, y las decisiones y fases de recogida de información están, en gran parte, concretadas de antemano. Por tanto, se produce un intercambio asimétrico entre el diseño de la investigación y la realidad social, ya que el diseño se coloca por encima de la realidad.

La concepción de los sujetos de estudio aparece como objetos que sólo proporcionan información sobre cuestiones que el investigador decide; es por ello que los investigadores son los que deciden el proceso, quedando en la única función de los participantes la capacidad de responder a las preguntas formuladas.

De este modo, las teorías e hipótesis se contrastan mediante la medición: la asignación de números a las características de los objetos que se estudian. Aquí lo cuantitativo define el proceso de construcción del conocimiento de la realidad social.

Es importante destacar, dentro de las técnicas cuantitativas, cómo se articulan los diversos procedimientos de producción de datos teniendo en cuenta la naturaleza del objeto de estudio. Dado que las tácticas de producción de datos actúan como herramientas articuladas y no como elementos aislados (Cea D'Aconda, 1988), se destacan las siguientes estrategias metodológicas dentro de la metodología cuantitativa:

Estrategias de documentación. Cualquier diseño de investigación, incluido el cuantitativo, requiere de una información documental previa. Lleva a la utilización de la técnica para producir datos en base al análisis de datos secundario.

Estrategias de encuesta. La técnica más característica del método cuantitativo es la metodología de encuesta mediante la utilización de la técnica del cuestionario (Kish, 1995).

Estrategias de experimentación. Permiten producir datos por medio de la observación controlada.

Estrategias de análisis. Permiten ordenar y obtener información acerca de los datos recogidos mediante procedimientos estadísticos.

Los procedimientos estadísticos cubren tanto la parte del diseño y de medida de la investigación, como el análisis de los datos propiamente dicho, lo cual implica la utilización de estadísticas básicas en el análisis de las variables, la asociación bivariable, y análisis estadísticos más avanzados como el análisis multivariable (análisis factorial, regresión múltiple, el análisis, cluster, análisis de correspondencias y otros coeficientes de correlación).

Morín (1996) señala una aparente paradoja dentro de las ciencias económicas, al tratarse de la ciencia social más desarrollada matemáticamente pero humanamente la más atrasada.

En resumen, de este apartado se puede concluir que las técnicas cuantitativas se caracterizan por la integración mínima del investigador dentro del proceso de producción de datos, quedando su función limitada a leer sistemas de categorías y a analizar datos estadísticos; y por la fragmentación y atomización del conocimiento obtenido.

La perspectiva cuantitativa cuenta con recursos técnicos especializados, destacándose principalmente el cuestionario, la observación estructurada y el análisis de contenido cuantitativo.

4.3.2. Perspectiva metodológica cualitativa.

La investigación cualitativa es una metodología de investigación que permite comprender el complejo mundo de la experiencia vivida desde el punto de vista de las personas que la viven. De aquí que el objetivo principal del investigador sea el de interpretar y construir los significados subjetivos que las personas atribuyen a su experiencia.

La investigación cualitativa trata, por tanto, del estudio sistemático de la experiencia cotidiana. Es *«una estrategia de investigación fundamentada en una depurada y rigurosa descripción contextual del evento, conducta o situación que garantice la máxima objetividad en la captación de la realidad, siempre compleja, y preserve la espontánea continuidad temporal que le es inherente, con el fin de que la correspondiente recogida sistemática de datos, categóricos por naturaleza, y con independencia de su orientación preferentemente ideográfica y procesual, posibilite un análisis (exploratorio, de reducción de datos, de toma de decisiones, evaluativo, etc.) que dé lugar a la obtención de conocimiento válido con suficiente potencia explicativa, acorde, en cualquier caso, con el objetivo planteado y los descriptores e indicadores a los que se tuviera acceso»* (Anguera, 1986, p. 24).

Desde esta perspectiva, se enfatiza el estudio de los procesos y los significados, y los fenómenos y experiencias humanos. Se dota de importancia a la naturaleza socialmente construida de la realidad, a la relación estrecha entre el investigador y su objeto de estudio; y además, se reconocen las limitaciones prácticas que moldean el propio proceso de investigación.

El mundo social es complejo y la vida cotidiana dinámica; no se puede reducir a variables, ni separar sus partes de manera artificial; la metodología ha de dar cuenta de esto.

Aunque las actividades principales del investigador cuantitativo y del cualitativo son básicamente las mismas, (es decir, la recolección de datos, el análisis y la focalización de éstos), existen diferencias en la ejecución de estas tareas.

En primer lugar, destacan las relaciones que el investigador tiene cuando recoge los datos: es a la vez testigo e instrumento. El investigador es testigo pues participa de la vida o experiencias de los otros, obtiene sus datos en el medio natural, de cara a la realidad y no en un laboratorio o medio manipulado. Es instrumento pues se relaciona de manera activa con las personas para obtener datos.

En segundo lugar, el momento en el que se focalizan los datos es distinto al de los estudios cuantitativos. Los estudios cualitativos pueden no estar dirigidos por una teoría ya elaborada, ni por hipótesis para ser comprobadas; el momento de focalizar los datos puede posponerse a su recolección y estar guiado por "las preocupaciones del análisis científico social de la vida de los grupos humanos". Por ello, los estudios cualitativos pueden iniciarse de una manera abierta, preguntándose de forma integral por el

fenómeno; esto permite al investigador actuar como testigo e instrumento de la indagación.

Por último, cabe señalar que el análisis cualitativo puede ser emergente, surgiendo de la interacción entre los datos y las decisiones que se toman para focalizar el estudio. El propósito de este tipo de análisis es sintonizar con los aspectos de la vida de grupos humanos, describir aspectos de esta vida y proporcionar perspectivas que no están disponibles o accesibles a otros métodos de investigación.

La investigación cualitativa puede operar con representaciones simbólicas de la realidad social y, por tanto, cualificar las características o propiedades simbólicas de los sujetos, su sistema de valores, sus creencias y su experiencia adquirida, dotándolas de significado y de significación.

En forma estricta, lo cualitativo son las propiedades o dimensiones que dan sentido a cada acto o hecho social. Por tanto, desde esta perspectiva, se permite un salto lingüístico desde la lógica del sentido cotidiano, proyectando e integrando el sentido y el significado de la conducta social. Así esta perspectiva, permite construir y reconstruir el mundo de las significaciones, a partir de la realidad social, por lo que es propiamente humana.

El objetivo principal de esta forma de investigación es estudiar el conjunto de características y cualidades propias de un hecho social de una forma integrada, en una totalidad dinámica (Martínez, 1999). Es decir, si para la investigación cuantitativa se exige la utilización de conceptos extensivos, a la investigación cualitativa además se le pide que posea el máximo contenido posible.

La investigación cualitativa permite develar principalmente el nivel de la realidad social que corresponde a los hechos de significados. Es la representación simbólica de toda forma de discurso y, en general, de la comunicación humana que permite descifrar la acción mediante el discurso, puesto que las acciones son siempre reflexivas; es decir, incluyen el mundo de las representaciones simbólicas de los sujetos con que dan sentido a sus acciones. El mundo simbólico articula creencias, valoraciones, motivaciones y deseos de las personas.

Se puede distinguir dos dimensiones en las representaciones simbólicas (Ortí, 1994): por un lado, las representaciones simbólicas que se ven plasmadas en el contenido del sentido del discurso como meros artefactos que recogen los afectos, motivaciones, deseos, intenciones; y por otro lado, el sentido de los esquemas de representación que responden al porqué de las interacciones sociales.

Por tanto, el discurso puede aparecer desligado del sistema de palabras, dando lugar a múltiples enunciados verbales dotados de significados que reconstruye la lógica de la acción social específica (Mejía, 2002).

En esta dinámica de interacción verbal, el lenguaje se desarrolla en toda su plenitud, y permite llegar a toda la diversidad de cualidades de la realidad social, además de al atributo referencial que se refiere a situaciones externas

propia de la investigación; el lenguaje recupera las propiedades expresivas, operaciones del emisor sobre el mensaje, las emociones, los deseos y las creencias del entrevistado.

En el estudio cualitativo destaca el porqué de la realidad, motivaciones y explicaciones del significado de las acciones de los sujetos involucrados, y el cómo actúa una persona o tiene lugar la ocurrencia de un hecho social (de Miguel, 1996). La investigación cualitativa puede seguir la lógica de la acción social definida por Alfred Schütz (1977, p. 86) como "*la conducta humana como proceso en curso que es ideado por el actor de antemano, es decir, que se basa en un proyecto preconcebido*".

Esta perspectiva metodológica permite resaltar el papel del sujeto en la construcción de la realidad social, y observar de cerca cómo ocurre cada hecho y lo que significa para aquellos que se encuentran implicados.

Cada sujeto no sólo contiene la información de su conducta individual como elemento del sistema sino que, además, posee la información; la estructura social en la que se desenvuelve. Por ello, es posible investigar una comunidad por medio del conocimiento profundo de algunos de sus miembros (Martínez, 1994), de tal modo que se producen conceptos de objetos individuales con significación más generales.

Los hechos sociales se explican mediante la comprensión y en forma holística. La comprensión corresponde a la tradición hermenéutica. Max Weber (1985 cit. en Wright, 1979) rescatando el concepto de *verstehen*, trató de comprender las relaciones internas de la acción social. La comprensión se encuentra vinculada a las motivaciones. Se comprenden los objetivos y propósitos de un sujeto, el significado de un símbolo, el sentido de una organización o el rito social.

Desde esta perspectiva, la explicación no está condicionada al concepto de causa efectiva -propia de la metodología cuantitativa-, sino que busca una explicación causal sistémica; es decir, la explicación impone un proceso de razonamiento dialéctico en espiral y, por tanto, no es reducible analíticamente a las asociaciones aisladas de sus elementos singulares.

En conclusión, la perspectiva metodológica cualitativa que concibe la realidad como una totalidad social tiene un alcance principalmente ideográfico de la realidad social: la búsqueda de significados de la acción humana.

Por consiguiente, este modo de abordar el conocimiento de la realidad social utiliza técnicas específicas y diferentes a las utilizadas en la metodología cuantitativa.

Técnicas cualitativas.

La técnica cualitativa permite reconstruir teóricamente la realidad sobre la base de los significados de la acción social. Por tanto, puede utilizar un diseño de investigación en desarrollo, flexible, abierto y simétrico adaptado a los diferentes acontecimientos que puedan emerger dentro del proceso investigador (Ibáñez, 1986); es decir, el diseño puede evolucionar mientras se realiza la investigación y puede adaptarse o modificarse mientras se lleva adelante el proceso de estudio de la realidad social.

Se establece una relación simétrica entre el diseño y la realidad posicionándose en un mismo nivel horizontal la presencia de un criterio maestro que orienta el proceso y la realidad social; Diseño y realidad se predeterminan mutuamente (Valles, 1997).

De este modo, las teorías e hipótesis de la investigación pueden contrastarse mediante la cualificación de las características. Un recurso muy utilizado es el método comparado, que implica en todo momento conceptualizar, categorizar, relacionar y clasificar. El proceso es flexible; debe acomodarse a los datos; se modifican y redefinen hasta llegar a mayores contrastaciones (Navarrete, 2002).

El escenario donde se desarrolla la investigación cualitativa puede establecerse de forma espontánea y natural, con la intención de captar el desarrollo normal de los sucesos.

Los datos con los que usualmente se trabaja dentro de la investigación cualitativa son los discursos, que se expresan en textos, gráficos, audios e imágenes; es por ello que, desde esta perspectiva se han desarrollado diferentes técnicas: análisis del discurso, de contenido y de redes de significado, de tal manera que permitan reconstruir la lógica de la acción social.

Entre los principales instrumentos de la producción de datos destacan las técnicas directas e indirectas de producción de investigación: las primeras permiten un cierto grado de observabilidad de la situación tal y como es observada; las segundas incluyen tanto el registro de la conducta como el análisis de contenido realizado a partir de textos documentales como cartas, autoinformes, discursos, diarios, etc. (Anguera, 1986).

En resumen, la técnica cualitativa establece procedimientos de recolección de información y la transformación de ésta a hechos de significado, como aspecto central de su realización.

4.4. Hacia una perspectiva metodológica integradora: tercer movimiento metodológico.

A pesar de que las dos tradiciones investigadoras (perspectivas cuantitativa y cualitativa) en las ciencias en general y particularmente en las ciencias sociales, han operado como dos cuerpos escindidos "irreconciliablemente" durante más de un siglo, se han realizado numerosas propuestas de integración de ambas perspectivas, que permitan por un lado superar, las miradas parciales de la posición positivista (puesto que desde ella se consideran sólo las estructuras denotativas como elementos que otorgan significación; negando o más bien omitiendo los elementos connotativos) y por otro lado, matizar la visión parcial de la posición hermenéutica cuando señala que es imposible separar los procedimientos mentales (subjetividad) de las actividades prácticas (objetividad).

Dado que ambas perspectivas dirigen sus esfuerzos a un "objeto" común, el conocimiento de lo social, muchos autores dentro de las ciencias sociales han tratado de reconciliar ambas perspectivas considerándolas como un falso dilema; aunque en la consideración de los diferentes niveles paradigmático, ontológico, filosófico y metodológico no existe absoluta correspondencia, en las similitudes encontradas los niveles epistemológico y técnico permiten defender su complementación (Anguera 1986).

En este sentido, Beltrán, García Ferrando, Ibáñez (1985a, 1985b, 1986), Bericat (1998, 2001, 2003) entre otros, han apostado por la pluralidad metodológica, ya que consideran que plantear la dicotomía "método cuantitativo" versus "método cualitativo" resulta una falacia que encubre la dimensión real e ideológica de la crisis del paradigma dominante, reduciéndola al campo de los procedimientos y confundiendo técnicas con métodos.

Cualquier propuesta integradora que se pretenda llevar a cabo debe asumir las siguientes premisas:

- 1) Todo conocimiento es aproximado y relativo, de tal modo que nunca se considera acabado, ya que éste está condicionado por la realidad histórica.
- 2) El conocimiento vincula procedimientos mentales (subjetivos) con actividades prácticas (objetivas). Por ello, ambos componentes no se deben obviar. La ciencia debe dar cuenta del componente objetivo a través de explicaciones congruentes, predicciones y control de los fenómenos naturales. Del mismo modo, la comprensión interpretativa del componente subjetivo se ha de tener en cuenta, puesto que la experiencia humana depende de su contexto y no se puede descontextualizar ni se puede utilizar exclusivamente un lenguaje neutral.
- 3) Todo conocimiento es objetivo y subjetivo a la vez: objetivo, porque corresponde a la realidad; subjetivo, porque está impregnado de elementos pensantes implícitos en el acto cognoscitivo.

- 4) Si bien el proceso mental es subjetivo, el contenido de las teorías no lo es en modo alguno. La verdad se presenta con teorías; la realidad se aprehende con herramientas teórico metodológicas. A medida que se profundiza en el conocimiento, aparecen nuevos elementos originados por las contradicciones internas.

En resumen, la producción científica es un proceso complejo de construcción del objeto de estudio, cuyos supuestos generales confieren un sentido particular a los procedimientos que se utilizan en el campo de la investigación.

Por tanto, el conocimiento científico social se puede identificar como un proceso con dos momentos epistemológicos que son parte de un continuum (Ibáñez, 1986): estadístico y lingüístico, que se corresponden con las perspectivas metodológicas de investigación cuantitativa e investigación cualitativa. Son dos momentos estrechamente interrelacionados que dan cuenta de la naturaleza dialéctica de la realidad social.

La perspectiva metodológica cuantitativa y la perspectiva metodológica cualitativa son partes de un continuum dialéctico de los diversos niveles de la realidad social. Sin embargo, en la historia del trabajo de investigación concreta, pueden operar de forma independiente, pudiendo tener su propia autonomía, como ocurrió en el desarrollo histórico de la ciencia que estuvo marcada por la hegemonía de una perspectiva metodológica de investigación; o de manera integrada como en la actualidad (Cea D'Aconda, 1988), en un proceso de integración interparadigmática (por ejemplo la triangulación, consiste en la articulación y convergencia de las diversas estrategias de investigación en el análisis de una misma realidad)

En definitiva, la continuación de esta tesis doctoral, presenta un abordaje integrador que posibilita una mejor comprensión, descripción, explicación y predicción en el estudio o conocimiento del objeto o fenómeno a conocer.

4.4.1. Estrategias desde la pluralidad metodológica.

Actualmente, están emergiendo numerosos trabajos que defienden la pluralidad metodológica como el abordaje más adecuado para realizar investigaciones salvando el viejo debate sobre la legitimidad y pertinencia de si utilizar metodología cuantitativa (QUANs) o cualitativa (QUALs) en la investigación.

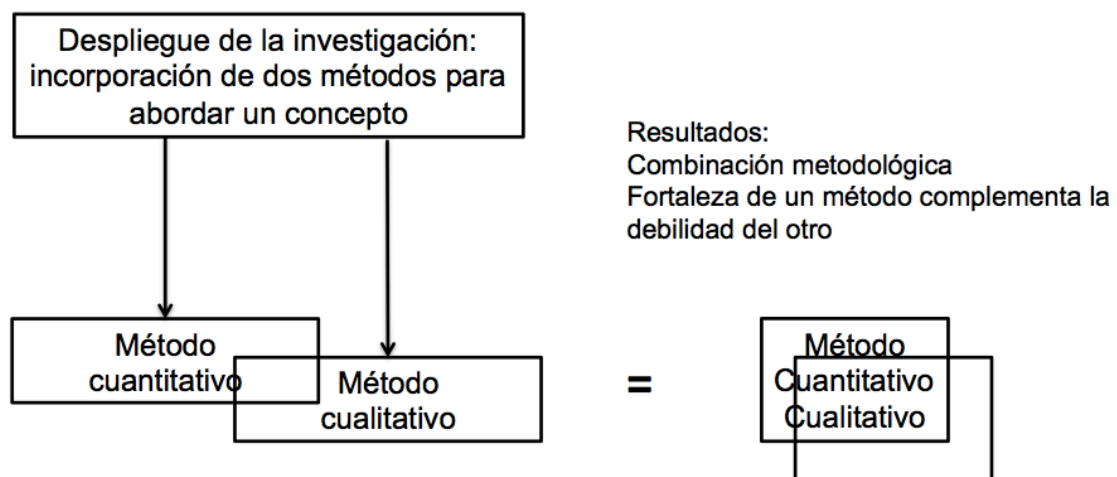
Revisando la literatura especializada, son muchos los nuevos términos que se han acuñado para definir esta nueva perspectiva metodológica que puede ser denominada como un 'tercer movimiento metodológico' en la investigación social. Así pues, aparecen muchos trabajos denominando a este nuevo movimiento como 'métodos mixtos', 'métodos integrados', 'pluralismo metodológico', 'complementariedad metodológica' o 'abordaje multimétodo'; en definitiva, bajo todos esos trabajos subyace un carácter eminentemente pragmático que defiende la utilización conjunta de diferentes métodos de investigación desde distintos paradigmas y procedimientos basados en el objeto concreto de la investigación; posibilitando así el trabajar

simultáneamente con datos de distinta naturaleza (principalmente numéricos y narrativos).

El principal postulado del enfoque es que la pregunta de investigación (no el paradigma ni el propósito), dicta el método de investigación a seguir (Bryman, 1988). Por lo tanto, el enfoque alienta a los investigadores a utilizar la mejor combinación de herramientas metodológicas, QUAN y QUAL, que proporcione la mejor y más completa información para responder a las preguntas de investigación en estudio.

Bericat (1998), tras examinar una serie de opciones planteadas por diversos autores, (Bryman, 1988; Denzin, 1970; Ibáñez, 1984,1985a y b; Morgan, 1997) establece una serie de estrategias para trabajar con metodologías cualitativas y cuantitativas: estrategias de combinación, estrategias de complementación y estrategias de triangulación, representadas en las Figuras 9, 10 y 11.

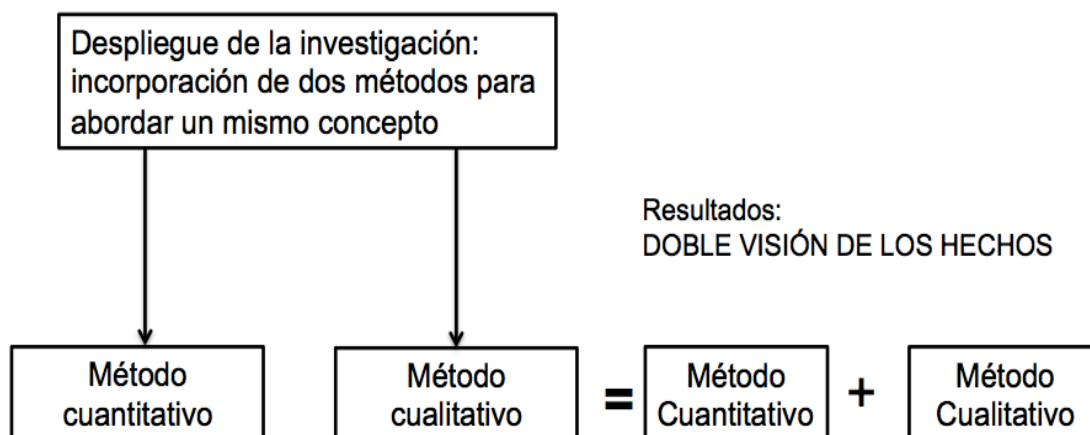
Figura 9: estrategia de combinación.



Concretamente, como se observa en la Figura 9, en la estrategia de combinación, se produce un despliegue de la investigación al incorporarse dos métodos (por ejemplo un método cuantitativo y otro cualitativo, aunque no necesariamente deben de ser de esa naturaleza, ya que se puede combinar dos métodos cualitativos o dos cuantitativos) para abordar un mismo concepto; en este sentido, se utilizan simultáneamente tanto el método cualitativo como el cuantitativo, el objetivo es mejorar y potenciar los resultados obtenidos, y limando las limitaciones y carencias que se derivan de la utilización de uno de los métodos exclusivamente.

A partir de la estrategia de combinación, se trataría de integrar subsidiariamente, un método en otro.

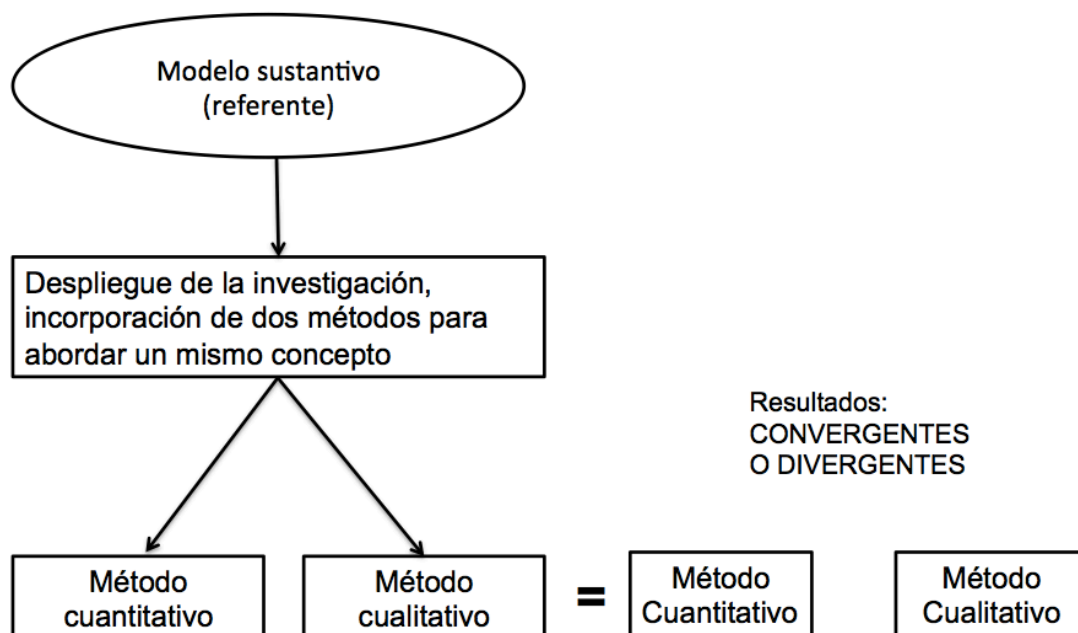
Figura 10: estrategia de complementación.



En la Figura 10 aparece representada la estrategia de la complementación. Esta segunda de las estrategias, a diferencia del planteamiento anterior, no pretende ofrecer una visión unitaria de los resultados obtenidos tras la utilización de ambas metodologías, sino más bien ofrecería una doble visión de los hechos.

En la estrategia de complementación, el grado de integración entre los diferentes métodos es mínimo; sin embargo, cada abordaje metodológico es capaz de mostrar diversos aspectos de una misma realidad social.

Figura 11: estrategia de triangulación.



Por último, en la Figura 11 se muestra la tercera de las propuestas: la estrategia básica de triangulación. A partir de un mismo modelo teórico referencial, se articularían los dos métodos de investigación con la intención de, una vez realizado el proceso de investigación, mostrar las posibles convergencias y divergencias obtenidas en los resultados, permitiendo así ofrecer evidencias de validez del conocimiento obtenido.

La triangulación supone utilizar conjuntamente, a modo inter-complementario, ambos planteamientos de manera que, el hecho social y su significado, puedan llegar a ser captado y analizado en un mismo empeño investigador (Olabuenaga, 2003).

En un sentido generalista, desde la pluralidad metodológica se podrá utilizar indistintamente cualquiera de las estrategias señaladas para los métodos cuantitativo y cualitativo. Lo singular de su uso estribaría en que su aplicación tiene que obedecer a un uso simultáneo de distintos tipos de técnicas.

Tabla 23:

Clasificación en función de los objetivos del uso conjunto (García Ferrando, Alvira, Alonso, Escobar, 2015, p. 90).

FASES O TIEMPOS	COMPLEMENTACIÓN	COMBINACIÓN	TRIANGULACIÓN	CRUCE LÓGICA DE ANÁLISIS
CONCURRENTE (En paralelo)	Diferentes objetivos específicos/ niveles se abordan desde distintas metodologías Complementación por diferencia (Orti, 1986)	Implica una cierta subordinación de uno de los métodos al otro, embedded strategy (Creswell 2003, cit. en García Ferrando et al. 2015)	Permite ver coincidencias/ divergencias de los resultados	Análisis cuantitativos de textos / imágenes obtenidas con metodología cualitativa
ENCADENADA O SECUENCIAL (En fases sucesivas)	<p>1º CUALITATIVO a 2º CUANTITATIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ver primero la estructura de unas actitudes y después su distribución <p>1º CUANTITATIVO A 2º CUALITATIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ver distribución y después profundizar en alguno de los subgrupos <p>MÚLTIPLES ENCADENAMIENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diversas combinaciones - Frecuente en estudio de casos - Frecuente en investigación-Acción Participativa) 	<p>CUALITATIVO SIRVE DE APOYO AL CUANTITATIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para generar hipótesis - Para diseñar cuestionarios - Para controlar aplicación de encuestas(supervisión) - Para diseñar muestras - Para interpretar resultados sorprendentes <p>CUANTITATIVO SIRVE DE APOYO AL CUALITATIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para describir contexto (generalmente, con datos secundarios) - Para seleccionar muestra (o caso) 	<p>ISOFORMISMO</p> <p>(Conde, 1987 cit. en García Ferrando et al. 2015)</p> <p>Triangulación en el análisis</p> <p>Espacios de transición entre las técnicas de análisis topológicas: correspondencias, mapas discursivos y campos semánticos</p>	Análisis cualitativo de preguntas abiertas de un cuestionario.

4.4.2. Pluralidad metodológica para valorar el ambiente del grupo de trabajo.

Una vez realizado un breve recorrido por los principales planteamientos epistemológicos de las ciencias, así como sus diferentes métodos utilizados determinando sus principales, diferencias y semejanzas, la siguiente tarea consiste en determinar que abordaje metodológico sería el más adecuado para valorar el clima laboral en organizaciones sanitarias, objeto de aplicación de la presente tesis doctoral.

Para ello, tomando en cuenta las directrices de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2012), se asume que la gestión clínica constituye un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica.

En este sentido, todo proceso de rediseño organizativo, se hace que cada vez sea más importante que las organizaciones establezcan un “clima laboral” favorable para todos los elementos que son parte de ella, tanto elementos internos como externos, ya que *“si una organización no cuenta con un clima favorable, se verá en desventaja con otras que sí lo cuentan, puesto que proporcionarán una mayor calidad en sus productos o servicios”* (Velásquez, 2003, p. 96). Es por ello que sea necesaria la evaluación del clima laboral.

De este modo, la “evaluación del clima laboral” se puede entender como un procedimiento destinado a medir y valorar el medio ambiente laboral donde los profesionales desarrollan su trabajo, mediante diversos instrumentos de origen psicológico y sociológico, diseñados bajo los presupuestos científicos y aplicados de acuerdo a criterios metodológicos y sistemáticos que aseguren la validez y confiabilidad de los resultados obtenidos (Martínez, 2002).

Teniendo en cuenta estas consideraciones, se puede decir que el clima laboral, en la actualidad, se ha constituido como el instrumento por excelencia para lograr el cambio dentro de cualquier organización, y, por tanto, es indispensable en el mundo actual donde la intensa competencia, tanto a nivel nacional como internacional, hace cada vez más necesario comprender aquello que influye en el comportamiento de los grupos humanos.

Es por ello que las organizaciones competitivas se ocupan, entre otras cosas, de estudiar su propio clima organizacional, analizando cómo influyen los tipos de liderazgo, los procesos de comunicación, de satisfacción y motivación y las políticas de personal, entre otros, en el rendimiento de los grupos de trabajo, por ello *“Mantener un clima organizacional sano es una variable prioritaria en el momento de buscar nuevas estrategias de producción o promover cambios organizacionales”* (Davis, 1997, p. 175).

En el Sistema Sanitario como institución, cada organización es única y todo grupo humano desarrolla características especiales. En este sentido, cada organización es el producto de todas sus características: sus valores, cultura, integrantes, cambios, etc.; es por ello que, al margen de las normas establecidas, cada organización desarrolla un clima organizacional determinado. Por tanto, el “clima laboral” puede definirse como la calidad del

medio interno de una organización que a) es experimentado por sus miembros, b) influye en su comportamiento, y c) puede ser descrito en términos de los valores de un conjunto particular de características de la organización (Tagiuri, 1968).

Esta tesis doctoral se basa en una perspectiva metodológica que parte de la utilización de distintos métodos de investigación como estrategia para acercarnos al objeto de estudio (Chacón, Anguera, Sanduvete, y Sánchez, 2014).

En un sentido generalista, desde esta perspectiva de la pluralidad metodológica, se puede utilizar indistintamente cualquiera de las técnicas propias de los métodos cuantitativo y cualitativo. La singularidad es que han de ser aplicadas simultáneamente. En este sentido, la técnica por excelencia es la triangulación, que nos permite articular instrumentos cuantitativos (para captar la estructura estática del concepto), e instrumentos cualitativos, (para analizar en profundidad la estructura de relaciones entre los elementos del objeto).

Objetivo.

El objetivo que se plantea en esta parte de trabajo, teniendo en cuenta la perspectiva de pluralidad metodológica, y entendiéndola como la forma más adecuada de obtener conocimiento sobre la realidad social en general, es realizar un estudio sobre el clima organizacional, concretamente del clima laboral, con la finalidad de fortalecer el desempeño organizacional y mejorar su prestación en el servicio de salud.

Método.

Para el desarrollo del objetivo anteriormente planteado, se emplea el uso simultáneo tanto de metodología cuantitativa como cualitativa mediante el uso de la estrategia de triangulación. Así el trabajo de campo se divide en dos fases diferenciadas por el uso de una metodología u otra, con la finalidad de perseguir una combinación en los resultados obtenidos y permitiéndonos analizar las posibles divergencias y convergencias encontradas en las dos fases de la investigación.

Con la finalidad de detallar el proceso llevado a cabo, se presentan cada una de las fases de la investigación por separado y, finalmente, se establecen comparaciones entre los resultados obtenidos con ambos procedimientos. A continuación, se muestra gráficamente el procedimiento llevado a cabo, basado en el trabajo de Bericat Alastuey (1998), en el que se integran ambas perspectivas metodológicas (cualitativa y cuantitativa).

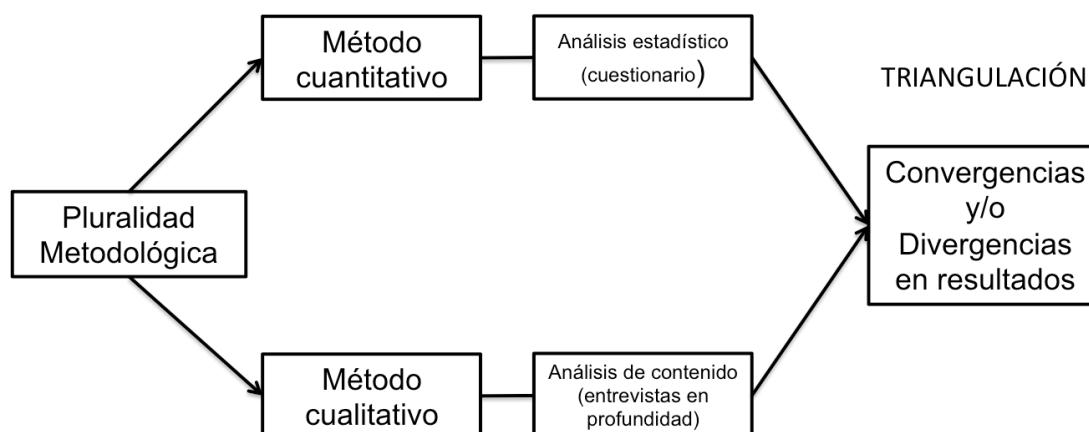
Por tanto, en la parte aplicada de la presente tesis doctoral, primero detallamos las características específicas del contexto político-institucional (capítulo 5), donde ubicamos el estudio del clima laboral, así como las principales características que posee la organización en cuanto a rasgos organizativos y del equipo humano.

En el capítulo 6, nos centramos en el estudio del clima laboral mediante el uso de dos métodos, uno cuantitativo y otro cualitativo, para obtener los principales componentes del concepto.

En el capítulo 7, analizamos las posibles convergencias y/o divergencias encontradas tras la utilización de los dos métodos, así como las principales carencias encontradas en el servicio para proporcionar las posibles propuestas de mejora.

Finalmente, en base a los resultados obtenidos, tratamos de diseñar un nuevo instrumento de medida que nos permita valorar el clima laboral en organizaciones sanitarias (capítulo 8).

Figura 12: proceso metodológico llevado a cabo para el estudio del clima laboral (basado en Bericat Alastuey, 1998).



4.5. Principales conclusiones y síntesis del capítulo.

Como se puede ver en este capítulo, se ha hecho un breve recorrido por las diferentes perspectivas epistemológicas de las ciencias sociales y comportamentales, así como por las diferentes metodologías utilizadas respecto al acceso al conocimiento de la realidad social.

El punto de partida de este capítulo empezó siendo desolador, describiendo la situación actual del conocimiento científico y sus repercusiones, como fruto del movimiento posmoderno y la ausencia de un paradigma dominante que dote de sentido globalizador al conocimiento obtenido.

Posteriormente, para intentar comprender los orígenes de este malestar, se realizó un recorrido por las principales corrientes epistemológicas de la ciencia; es decir, inicialmente por el positivismo, y posteriormente, como reacción, por la hermenéutica como perspectiva desarrollada dentro de las ciencias sociales y humanas, destacando sus principales virtudes y limitaciones.

En un siguiente nivel de concreción, con el propósito de realizar una descripción integradora, se introducen las dos perspectivas metodológicas que han tenido más importancia dentro de la ciencia; es decir, la metodología cuantitativa derivada del planteamiento epistemológico positivista; y la metodología cualitativa de trayectoria hermenéutica.

Una vez superadas las diferencias entre los dos planteamientos clásicos de la ciencia, se presentaron las diferentes estrategias, que tratan de integrar, desde la pluralidad metodológica, el estudio de la realidad social: estrategia de combinación, complementación y triangulación.

En base a esta propuesta integradora, se configura el diseño utilizado para la parte aplicada en la presente tesis doctoral, en la que se usa la estrategia de triangulación para el estudio del clima laboral en organizaciones sanitarias.

A modo de conclusión de lo expuesto en este capítulo, se puede decir que la realidad social es heterogénea por las múltiples y diversas formas de considerar lo humano; por tanto, el conocimiento del mundo social deviene de un proceso interrelacionado que deconstruye teóricamente las nociones espontáneas de la vida cotidiana y reconstruye la realidad en forma conceptual para la ciencia.

Ante tal proceso de complejidad, y con la ausencia de un paradigma dominante que ofrezca solución acerca de cómo abordar tal conocimiento lo más recomendable, desde una perspectiva pragmática, es utilizar conjuntamente todo el aparatage metodológico desarrollado durante estos siglos, para acercarnos a la realidad de la manera más precisa posible, con pretensiones de poder integrar tanto la explicación como la comprensión de la realidad social que acontece (Pérez-Gil et al., 2008).

CAPÍTULO 5.

ANÁLISIS EMPÍRICO DEL CLIMA LABORAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA ORGANIZACIÓN PÚBLICA DE SANIDAD: DELIMITACIÓN DEL CONTEXTO.

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

5.- Análisis empírico del ambiente grupal de trabajo en el servicio de urgencias de una organización pública de sanidad: delimitación del contexto	152
5.1. El contexto político de la calidad institucional	153
5.1.1.-Plan de calidad: nuevas estrategias para la sanidad andaluza. .	155
5.1.2.-Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza	157
5.1.3.-Programa de acreditación de las unidades de gestión clínica....	158
5.1.4.-Programa de calidad en servicios de cuidados críticos y urgencias del Campo de Gibraltar.....	159
5.2. La organización y el grupo de trabajo (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2009).....	160
5.2.1.-Rasgos organizativos de los servicios de urgencias	161
5.2.1.1. Los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU).....	161
5.2.1.2. El Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU)	163
5.2.1.3. Ubicación, estructura física y equipamiento	164
5.2.2.-Rasgos del equipo humano.....	165
5.3. Principales conclusiones y síntesis del capítulo.....	170

5. Análisis empírico del ambiente grupal de trabajo en el servicio de urgencias de una organización pública de sanidad: delimitación del contexto.

En el capítulo anterior, por un lado, se presentaron las implicaciones epistemológicas sobre el conocimiento científico obtenido, destacando sus repercusiones sobre la realidad social. Por otro lado, se expusieron las principales perspectivas metodológicas desarrolladas dentro del ámbito de las ciencias sociales y del comportamiento, con una concepción inicial dicotómica y enfrentada; que pasa a ser, en un segundo momento, un “continuum metodológico” dentro del proceso de creación de conocimiento; hasta llegar al tercero de los momentos, con una perspectiva de integración de las diferentes propuestas metodológicas, dando lugar a lo que muchos autores denominan “metodología complementaria”, “abordaje multimétodo”, o “metodología mixta”. En el presente capítulo se pasa a la aplicación, desde la pluralidad metodológica, de una propuesta de una evaluación de necesidades institucionales a partir de la valoración del clima laboral en el contexto sanitario.

La estructura de este capítulo pretende contextualizar la parte empírica de la presente tesis doctoral. En un primer punto, destacamos principalmente aspectos políticos-institucionales, tales como los procesos de descentralización y la evolución de las competencias en materia sanitaria por parte de las comunidades autónomas; las diferentes iniciativas institucionales llevadas a cabo por la Junta de Andalucía para favorecer y potenciar la calidad en los servicios sanitarios desde los Recursos Humanos; los diferentes planes de calidad propuestos; y por último, la creación de una agencia encargada de diseñar, evaluar y acreditar los distintos programas de gestión de calidad, centrandó el interés en el programa de gestión de la calidad en los servicios de cuidados críticos y urgencias del área de gestión del Campo de Gibraltar (área territorial que aglutina 4 municipios: Algeciras, Los Barrios, La Línea de la Concepción y San Roque)el cual, siguiendo las directrices autonómicas, pone a los recursos humanos como elemento central para potenciar la calidad en la asistencia sanitaria.

En el segundo de los puntos a desarrollar, se plantean los conceptos preliminares sobre la organización y el grupo de trabajo, destacando los rasgos organizativos de los servicios de urgencias, que nos sirven de punto de partida a tener en cuenta para la evaluación de necesidades en instituciones sanitarias y la aplicación de una propuesta para medir el clima laboral desde la pluralidad metodológica y desde la visión de los Recursos Humanos.

Por último, se detallan las principales conclusiones obtenidas a partir de la realización de esta parte del trabajo y una propuesta de síntesis que destaque aquellos aspectos más relevantes.

A continuación, se describe el primero de los puntos a desarrollar: el contexto político-institucional donde se desarrolla el trabajo.

5.1. El contexto político de la calidad institucional.

En esta parte del trabajo, se trata de hacer un breve recorrido histórico sobre los principales acontecimientos político-institucionales desarrollados en el ámbito de la salud por parte tanto del Estado Español, como por parte de la Comunidad Autónoma de Andalucía, con el objeto de ofrecer unos referentes interpretativos acerca del contexto donde se va a desarrollar la aplicación de esta investigación: el área de gestión del Campo de Gibraltar.

En cuanto al marco jurídico en materia sanitaria se destaca, principalmente:

- La Constitución Española (Cortes Generales, 1978), donde se define como una de las principales funciones del Estado en materia sanitaria la coordinación general sanitaria del sistema público español, estableciendo los mecanismos que hagan posible la mayor eficacia de las intervenciones públicas (Catalá y De Manuel, 1998).
- La Ley General de Sanidad (Jefatura del Estado, 1986). A partir de su desarrollo, se produce un cambio legal en nuestro modelo sanitario, reservando al Estado por una parte y a las comunidades autónomas por otra, competencias específicas sanitarias.

A partir de estas dos primeras medidas, las comunidades autónomas son llamadas a asumir la asistencia sanitaria integral. No obstante, desde su promulgación han pasado décadas y el modelo sanitario territorial sigue en proceso de culminación.

Por este motivo, a continuación se describe el proceso de descentralización y la evolución de las competencias en materia sanitaria por parte de las comunidades autónomas.

En todos los Estatutos de Autonomía se atribuyen a las comunidades autónomas competencias en materia de “sanidad e higiene” y las de Andalucía, Cataluña, Galicia, País Vasco y Navarra asumen, también, competencias de “desarrollo legislativo y ejecución en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social”. Posteriormente, a este segundo grupo se unieron la Comunidad Valenciana y Canarias, mediante Ley Orgánica de ampliación de competencias (Jefatura del Estado, 1992). Estas siete comunidades han sido las primeras que recibieron las transferencias correspondientes al Instituto Nacional de Salud (INSALUD).

Desde el primer momento, el proceso de transferencias en materia sanitaria se dividió en tres bloques: por un lado, las funciones tradicionales de sanidad e higiene; por otro lado, la denominada Administración Institucional de Sanidad Nacional (AISNA); y por otro, la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que gestionó desde 1978 el INSALUD. Actualmente y desde hace ya bastante tiempo, los dos primeros bloques han concluido su proceso de transferencia a todas las comunidades autónomas (Soriano Cano, 2016).

En cuanto al proceso transferencial de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, cabe señalar que se produjo en secuencias temporales diferentes debido a razones de tipo técnico y, sin duda, de oportunidad política tras ser aprobados los diferentes Estatutos de Autonomía (Perrán, 2001). En este sentido, Cataluña fue la primera en asumir competencias en 1981, Andalucía tres años después, País Vasco y la Comunidad Valenciana en 1987, Galicia y Navarra en 1990, Canarias en el 1994, hasta la actualidad, en la que el proceso de transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria a las Autonomías se ha concluido.

Este desigual proceso de transferencias ha originado una disfuncionalidad provocada por la lentitud del proceso de descentralización, en el que la existencia de diferentes sistemas organizativos y el mantenimiento de la estructura del INSALUD en una gran parte del territorio nacional durante el periodo de transferencia hasta su final culminación y desaparición, hizo redefinir el papel del Ministerio de Sanidad, dificultando el papel del Gobierno Central en sus funciones de coordinación (Molina Garrido, 2004).

Es por ello que en el Congreso de los Diputados (2002), se aprueba una Proposición no de Ley por el Congreso de los Diputados, en la que se insta al Gobierno a elaborar un Plan de Calidad Total del Sistema Nacional de Salud como instrumento para concretar las funciones de coordinación del Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de calidad asistencial.

En este mismo sentido, y dando continuidad histórica al proceso de descentralización del Sistema Nacional de Salud, el 28 de mayo de 2003 entra en vigor la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (Jefatura del Estado, 2003), recogiendo los principios que deben garantizar la igualdad de todos los españoles en su derecho a la protección de la salud.

En esta Ley se expresa que todas las comunidades autónomas han asumido, de forma paulatina, competencias en materia de sanidad. Este proceso se completa con un modelo estable de financiación, a través de la aprobación de la Ley 21/2001 (Jefatura del Estado, 2001), por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía.

Desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, han acontecido numerosos cambios políticos, culturales, tecnológicos y económicos en nuestra sociedad, modificando nuestra manera de vivir y de enfermar. Esto supone nuevos retos para la organización del Sistema Nacional de Salud, de manera que pueda adaptarse a la modernización que el entorno le exige, garantizando la equidad, la calidad y la participación social.

Por esto, se hace necesario plantear un nuevo modelo que, aprovechando la experiencia en coordinación sanitaria obtenida hasta el momento, ofrezca nuevos instrumentos que permitan garantizar un sistema público de calidad que no interfiera en la diversidad de fórmulas organizativas, de gestión y de servicios prestados por las distintas comunidades autónomas.

Para que ello sea factible, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano básico de cohesión, se crean y potencian órganos especializados que se abren a la participación de las comunidades autónomas: la Agencia de Evaluación de Tecnologías, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, la Comisión de Recursos Humanos, la Comisión Asesora de Investigación en Salud, el Instituto de Salud Carlos III, el Instituto de Información Sanitaria, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Observatorio del Sistema Nacional de Salud (Jefatura del Estado, 2003).

Del mismo modo, dentro de la Administración General del Estado, se encomienda a la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, órgano dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo (actual Ministerio de Sanidad y Política Social), la elaboración de los elementos de la infraestructura de la calidad, sin perjuicio de las actuaciones en este orden de las comunidades autónomas.

A continuación, una vez introducido el conjunto de cambios político-institucionales referentes a la sanidad en el ámbito estatal en los últimos años, en la siguiente parte de este capítulo, se presta especial atención a describir el conjunto de medidas desarrolladas dentro del marco autonómico de la Comunidad Andaluza, marco en el que se ubica nuestro proyecto de evaluación de necesidades en instituciones sanitarias desde la pluralidad metodológica.

Para ello, en un primer momento se exponen las líneas generales del Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (introducido en el capítulo 3 de la presente tesis doctoral); posteriormente, se describen las principales funciones de la Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza, detallando los objetivos planteados en el programa de calidad en los servicios de cuidados críticos y urgencias del Campo de Gibraltar; para concluir esta parte del capítulo con la propuesta de evaluación de necesidades institucionales sanitarias a través de un abordaje metodológico para valorar el clima laboral.

5.1.1. Plan de calidad: nuevas estrategias para la sanidad andaluza.

Como consecuencia de las directrices del Sistema Nacional de Salud, y en virtud de la competencia que le son propias en materia de salud, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha elaborado un Plan Marco de Calidad y Eficiencia donde establece que el ciudadano es el centro del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Por lo tanto, sus necesidades, demandas, expectativas y satisfacción se convierten en los objetivos fundamentales de la política sanitaria andaluza (Pérez Gálvez, 2007).

En dicho Plan se recoge que el cambio social que en materia sanitaria se está produciendo viene determinado por varios factores fundamentales, destacando el hecho de que el ciudadano haya adoptado un papel mucho más activo en el sector sanitario y cada día adquiera un mayor protagonismo.

En este sentido, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía hace una apuesta clara por la calidad en la atención sanitaria, entendida como un concepto integral donde intervienen múltiples variables, entre las cuales la satisfacción de los ciudadanos es un elemento irrenunciable.

Por ello, es preciso reconocer el gran esfuerzo y los avances que en los últimos quince años se han producido en el sistema sanitario público de Andalucía y en su cultura profesional en relación con la calidad. En estos años, se han desarrollado multitud de iniciativas tanto en el ámbito de los centros como en el de los servicios. En este sentido, destacan la acreditación según normas ISO-9001 por AENOR de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía, la acreditación por la “*Joint Commission*” del Hospital Público de la Costa del Sol, así como el impulso dado por el Servicio Andaluz de Salud al desarrollo de la gestión clínica como herramienta de innovación (Ignacio García, 2007), sin olvidar otras iniciativas más puntuales en determinadas parcelas impulsadas por gestores y profesionales.

La Consejería de Salud (2000), impulsando estas actuaciones y colocándolas en el núcleo de la nueva política sanitaria andaluza, se responsabiliza de la creación del Marco Político-Estratégico en materia de Calidad y Eficiencia regulando sus respectivos contratos-programas para adaptarlos a sus planes de gestión y líneas estratégicas.

Éste sería el objeto del presente Plan de Calidad, que supone un compromiso de trabajo de la propia Consejería de Salud y de su plan de evaluación cuatrienal de resultados para todos y cada uno de los proveedores de salud, y en el que se marcan y definen claramente las siguientes líneas de trabajo:

1. Línea de Calidad y Procesos Asistenciales.
2. Línea de Desarrollo de Profesionales.
3. Línea de Evaluación y Prospectiva.
4. Línea de Investigación.
5. Línea de Sistemas y Tecnologías de la Información.
6. Línea de Comunicación.
7. Línea de Financiación.

El Plan establece un método de trabajo multidisciplinar, con la participación directa de personas y organizaciones de todo el sistema sanitario público de Andalucía distribuidos en grupos de trabajo, que desarrollarán los objetivos de cada una de las líneas descritas.

En relación a la línea de Evaluación y Prospectiva, este plan recoge los siguientes aspectos:

Desde el Plan de Calidad se entiende por “Evaluación de Tecnologías” la forma de investigación que examina las consecuencias técnicas, sociales, económicas, éticas y legales derivadas del uso de la tecnología, que se producen a corto y largo plazo y que pueden ser directas y/o indirectas e incidir tanto sobre los efectos deseados como sobre los indeseados.

Es por ello que dentro de la “Tecnología Sanitaria”, entendida en un sentido amplio y global, hay que incluir los medicamentos, aparatos, procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica, así como los sistemas organizativos con los que esta atención se presta; es decir, toda la práctica clínica y el modo en que se organiza.

Por tanto, el objetivo de la “Línea de Evaluación” es prestar soporte a la toma de decisiones de los organismos del sistema sanitario público andaluz, como elemento básico de apoyo a la “Línea Principal de Calidad”, entendida la calidad como un espacio de consenso entre los diferentes actores que intervienen en los procesos asistenciales que fomenta una cultura, que impregna a toda la organización, e introduce innovaciones en el sistema sanitario público de Andalucía.

La continuidad asistencial se presenta por ello como un elemento clave a la hora de abordar los contenidos de la Línea Estratégica de Calidad. En este sentido, concienciar a los centros asistenciales de la importancia de la acreditación de competencias profesionales, de los propios procesos asistenciales, así como de la estructura y el equipamiento, es un objetivo estratégico de primer orden, que puede aportar un mayor dinamismo a las organizaciones. Es necesario avanzar en el estudio de los diferentes modelos de acreditación existentes e identificar los que mejor se adapten a las características de los servicios, lo que permitirá desarrollar un Modelo Andaluz de Calidad.

Para lograrlo, la Agencia de Certificación Andaluza asume la supervisión y la gestión de los distintos procesos de acreditación. Esta Agencia es la encargada de desarrollar una línea de colaboración que permita aunar diferentes modelos y aplicarlos según las características de los centros y/o servicios, promoviendo además una red de centros con certificados de acreditación que sin duda supondrán un potente impulso para la innovación e incentivación profesional.

A continuación, se describen las características más relevantes de esta Agencia de Certificación.

5.1.2. Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza.

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (2007) se crea a partir del proceso de implantación de las políticas de calidad propuestas por la Consejería de Salud, cuya principal función es la elaboración del Modelo de Acreditación y, la puesta en marcha de los Programas de Acreditación de Centros, Profesionales y Formación Continuada.

Establece que es necesario delimitar formalmente los mecanismos que garanticen de manera permanente en el tiempo que nuestras instituciones, profesionales, tecnologías, procesos, etc., contribuyen a generar resultados que responden a las políticas y criterios de calidad definidos en nuestro servicio al ciudadano.

A partir de este contexto, la acreditación de los servicios sanitarios pasa a ser un elemento fundamental a partir del cual las distintas organizaciones sanitarias intentan potenciar su calidad (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2007)

En este sentido, existen numerosos modelos internacionales que han incorporado la acreditación como herramienta de apoyo a la gestión de la calidad de sus respectivos sistemas sanitarios. Para la elaboración del Modelo de Acreditación de Andalucía se han valorado, revisado e incluido aspectos de estos modelos que resultan adecuados y acordes a la realidad del Sistema Sanitario Andaluz. Se describe a continuación el programa de acreditación de las unidades de gestión clínica que se presenta como una mezcla de los modelos de gestión de la calidad, el modelo de excelencia propuesto por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM, 2014) y el modelo normativo propuesto por la Organización Internacional para la Estandarización (ISO, 2015).

5.1.3. Programa de Acreditación de las Unidades de Gestión Clínica.

El Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica (2010) de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (PAUGCA) está dirigido a fomentar la mejora continua del propio Centro y de la Unidad. Está configurado bajo un punto de vista innovador, cualitativo y eficiente en el consumo de tiempo y recursos.

Se basa en un modelo referencial definido y elaborado a partir de elementos característicos del Sistema Sanitario Público de Andalucía –SSPA– (Ley General de Salud, III Plan Andaluz de Salud, Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud, Plan Estratégico del SAS, Contrato Programa de la Consejería de Salud con el SAS, recomendaciones sobre mejores prácticas, Guía de Diseño y Mejora de Procesos Asistenciales de la Consejería de Salud, etc.), en cuyo diseño han participado Profesionales y Directivos del Sistema Sanitario Andaluz, integrados en distintos Comités Técnicos Asesores.

La Gestión Clínica, según se define en el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud, surge como un concepto capaz de dar respuesta, por su aplicación en la práctica cotidiana, a la dimensión social de la calidad; es decir, la adecuada toma de decisiones clínicas entre varias opciones alternativas, para la consecución de resultados seguros y satisfactorios para los usuarios.

Los estándares para la Acreditación de las Unidades de Gestión Clínica, responden así a los conceptos de autonomía, responsabilidad y transferencia. En su definición se han contemplado, además de lo anteriormente reseñado:

- El Plan de Calidad (I, II y III) y la consideración de nuevos elementos que surgen del mismo.
- El Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud. Nuevos elementos conceptuales del SSPA, como el Plan de Atención al Ciudadano.

- El Manual de Estándares del SSPA para la Acreditación de Centros.
- Acuerdos de Gestión Clínica para Unidades de Atención Primaria y Hospitalarias de 2003 y 2007.

La agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía pone, a disposición de los centros, 16 programas de certificación, para la que cada unidad solicitante ha de concluir un proceso que incluye una autoevaluación y una evaluación externa, midiendo el nivel de ajuste sobre los estándares establecidos.

La certificación se emite a nivel de centros, unidades sanitarias y servicios sociales, a profesionales, a actividades de formación, a páginas web y a apps de salud. Hasta la fecha, 536 centros, 7767 profesionales, 35712 acciones formativas, 49 páginas webs y 13 apps de salud han obtenido un certificado de calidad (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2016).

5.1.4. Programa de calidad en servicios de cuidados críticos y urgencias del Campo de Gibraltar.

A través de este Programa de Garantía de Calidad, el Área de Gestión del Campo de Gibraltar intenta dar respuesta a un triple objetivo: en primer lugar, establecer un proyecto de Garantía de Calidad (GC) que permita analizar y medir la atención a la patología urgente y crítica del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU), que permita abordar de manera integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación. En segundo lugar, abrir una línea de trabajo que favorezca la investigación y el desarrollo de nuevas tecnologías y soportes, en este caso referidos a los actuales avances metodológicos en diseño y medida de evaluación de programas de intervención. Por último, avanzar hacia una planificación y evaluación integral de los programas de formación continua a desarrollar en el SCCU.

Desde la Unidad de Gestión del Área Sanitaria del Campo de Gibraltar se asume que los Recursos Humanos que conforman las distintas unidades del SCCU constituyen uno de los ejes fundamentales que contribuyen a conseguir que la atención al ciudadano sea percibida por éstos con un nivel de calidad óptima que concluya con una valoración satisfactoria de los servicios sanitarios que reciben.

La aplicación que se presenta a continuación está encaminada a mejorar la atención al ciudadano optimizando la gestión de los recursos humanos a través de los grupos de trabajo.

Para ello se plantea, como primera actuación, realizar una evaluación de necesidades mediante un abordaje metodológico para valorar el clima organizacional como elemento importante dentro de la gestión de los recursos humanos, ya que permite la articulación tanto de personas como de sistemas para comprender la dinámica que se genera dentro de la organización.

5.2. La organización y el grupo de trabajo (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2009).

La Junta de Andalucía asume las competencias en materia sanitaria a partir de la Ley 8/1986 de 6 de mayo y sus decretos de desarrollo posteriores. De este modo, queda encargada de la organización, gestión y administración de las urgencias sanitarias en general, y de las hospitalizaciones en particular; así como de la coordinación de las actuaciones tanto del personal facultativo (medicina y enfermería) como no facultativo (administración, auxiliar de enfermería, personal de seguridad) que componen los distintos grupos de trabajo de los servicios de urgencias y emergencias de cualquier hospital andaluz.

Es por ello que uno de los principales objetivos del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias sea mejorar la atención de las urgencias y emergencias en el ámbito de la atención temprana, lo que requiere una actuación personalizada y coordinada de todos los intervinientes en el proceso urgente de cara a lograrla mejora del servicio prestado y la satisfacción del usuario.

Para este fin, se establece un plan funcional de los servicios de cuidados críticos y urgencias (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2009) así como de sus dispositivos móviles para organizar y sistematizar las actuaciones de los profesionales de cara a que se facilite la evaluación de los servicios y permita una mejora continua.

Ente los elementos importantes a mejorar no solamente se tratan aspectos puramente asistenciales, sino también organizativos y de gestión, posibilitando la instauración de una manera de trabajar que persiga la calidad y la mejora continua.

Los cambios que se proponen se engloban en los siguientes bloques:

- Propuestas de estructuras físicas y recursos necesarios acordes con las actividades a realizar.
- Definición de líneas de actividad homogénea tanto del personal sanitario como no sanitario.
- Desarrollo de la metodología de gestión por procesos.
- Coordinación dentro del sistema integral de urgencias y emergencias.
- Iniciativas para la mejora continua, la investigación y la docencia.

Los objetivos que se persiguen son:

1. Diseñar un marco general que permita la homogeneización de las actuaciones del personal sanitario y no sanitario de los servicios de urgencias.
2. Incluir los patrones existentes en la actualidad de gestión por procesos (calidad total y coste por proceso) con el fin de actuar como unidades clínicas de gestión.

3. Potenciar el trabajo en equipo, creando actividades específicas de cara a potenciar el trabajo de los profesionales dentro del proceso asistencial.
4. Potenciar la mejora continua, implementando indicadores de calidad y promoviendo la evaluación.

5.2.2. Rasgos organizativos de los servicios de urgencias.

La Dirección general de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha diseñado un Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (Servicio Andaluz de Salud, 2015) creando un grupo de trabajo integrado por profesionales de los diferentes estamentos implicados con la finalidad de diseñar un documento donde queden plasmadas las directrices generales de actuación en los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias con la finalidad última de mejorar la calidad del servicio.

En dicho documento, se establece un enfoque de calidad en donde el proceso asistencial, integral y único pasa a ser un elemento clave que inspira la organización y funcionalidad del sistema.

Bajo estas premisas parte la actividad de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU), de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) y de los Equipos de Emergencias.

5.2.1.1. Los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU).

Los SCCU fueron creados mediante la resolución 6/94 del Servicio Andaluz de Salud, donde se establece la estructura organizativa del servicio que puede definirse en cuatro puntos básicos:

- El servicio de cuidados críticos y urgencias se estructura orgánicamente y funcionalmente con la sección de urgencias y la sección de intensivos.
- La sección de urgencias tiene la responsabilidad de atender a todos los enfermos que demandan atención sanitaria urgente.
- Los facultativos de guardia de otros servicios o especialidades actúan como médicos consultores en los problemas específicos que sean de su competencia, en aquellos casos que se superen las capacidades diagnósticas y terapéuticas de la sección de urgencias. Las decisiones adoptadas serán de responsabilidad conjunta entre la sección de urgencias y la especialidad correspondiente.
- La sección de urgencias está integrada por diversos profesionales (médicos, enfermeros, administrativos, celadores, personal de limpieza, etc.) que dependen orgánicamente de su línea jerárquica, pero funcionalmente del jefe del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias.

Los planes funcionales son herramientas que pueden mejorar la calidad ofertada por las distintas unidades asistenciales. En este sentido, se concreta

el Plan Funcional de la Sección de Urgencias de los SCCU que deben dar respuesta a la urgencia médica.

La sección de urgencias forma parte del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, donde también se incluye la sección de intensivos, lo que implica coordinaciones conjuntas en función de los niveles de gravedad tanto por parte de las dos secciones como con las relaciones con el resto de servicios del hospital.

El SCCU se caracteriza por ser un servicio eficiente, general, innovador y de alta calidad: eficiente en el sentido de que pretende utilizar tanto los recursos humanos como materiales con la máxima rentabilidad social, de tal manera que posibilite el logro de los fines y prioridades de la Administración Pública; general debido a que atiende a toda la demanda asistencial de su área de influencia; innovador en el sentido de que adopta una estructura organizativa flexible que permite dar respuesta a la demanda actual utilizando las mejoras tecnológicas y de gestión de personal, incorporando los nuevos cambios que se producen en el entorno; y de alta calidad en el sentido de que persigue la excelencia en el trabajo, el perfeccionamiento continuado, lo cual implica que todas las decisiones y actuaciones que se generen dentro del propio servicio han de perseguir la calidad total del servicio.

Hoy en día, la aparición de las nuevas tecnologías y de materiales en el ámbito sanitario hace que el área de urgencias sea uno de los sectores más dinámicos de la medicina, lo cual implica que se ajusten los protocolos y procedimientos de actuación a su casuística. Cada sección de urgencias y cada zona geográfica y de la salud tienen unas particularidades que obligan a cada sección a dar respuesta específica a las singularidades que le son propias.

Al margen de estas especificidades todo SCCU, por un lado, tiene que tener un área de urgencias diseñada para la atención de la demanda de la asistencia urgente, de tal manera que garantice la atención, que ofrezca una atención integral y que asegure la continuidad del proceso asistencial. Por otro lado, el área de urgencias debe de dar respuesta a todas las situaciones que se le presente; es por ello que el índice de resolución de las diferentes situaciones de urgencias debe de estar en función de la complejidad del propio hospital en que se encuentre pero que, en cualquier caso, deberá priorizar la asistencia para dar una respuesta adecuada, en tiempo y en recursos, a cualquier urgencia en cualquier de sus niveles; para ello, ha de atender cualquier patología que presente el paciente y debe disponer de los recursos necesarios para: a) asistir una parada cardiorrespiratoria, b) estabilizar cualquier proceso patológico, c) emitir un juicio de diagnóstico sindrómico y d) derivar o dar solución finalista de acuerdo con la capacidad del complejo hospitalario. Por último, el área de urgencias hospitalaria deberá de estar totalmente operativa las 24 horas del día durante los 365 días del año, ofreciendo los siguientes servicios: 1) atención a la parada cardiorrespiratoria, al politraumatizado y a la emergencia (urgencia vital), 2) procedimientos de control y observación, 3) procedimientos terapéuticos / diagnósticos, 4) procedimientos terapéuticos, 5) procedimientos diagnósticos y 6) traslado de pacientes.

5.2.1.2. El Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU).

El DCCU se define como el equipo de profesionales sanitarios y no sanitarios que cuentan con los recursos materiales necesarios para la atención y la asistencia en el ámbito extrahospitalario de toda aquella patología que causa malestar a cualquier persona en cuestiones relativas a su estado de salud.

Los DCCU actúan como primer eslabón en la cadena asistencial de la emergencia y la urgencia por lo que, dentro de sus funciones, destacan las de diagnosticar, iniciar el tratamiento y estabilizar al paciente en el lugar donde se produzca la emergencia mientras llega el 061, y/o trasladar al paciente al hospital.

En cada distrito, existe un coordinador de los DACCA de atención primaria con actividad asistencial que se encarga de coordinar la atención de urgencias y emergencias tanto en las consultas de los dispositivos como en el domicilio del paciente.

El DCCU cubre atención durante las 24 horas del día, los 365 días del año. Sus principales funciones son (Rovira y López, 2004):

- Atender las situaciones de emergencias en su zona de cobertura durante las 24 horas del día, los 365 días del año.
- Iniciar el tratamiento estabilizando al paciente hasta resolver la emergencia o trasladando al paciente al hospital. Para ello, el personal cuenta con dotación diagnóstico-terapéutica, y formación en emergencias, resucitación cardiopulmonar, y otras situaciones de urgencias.
- Asistir las situaciones de urgencias que se presentan en el dispositivo o en el domicilio del paciente, realizando la valoración de la gravedad y diagnóstico por prioridades, y la derivación hospitalaria si la situación lo requiere.
- Realizar evaluación, mejora continuada de la calidad, investigación, docencia, prevención, promoción de la salud y todas aquellas tareas encaminadas a potenciar la mejora de la atención a los pacientes.

Dentro del plan funcional de dispositivos se tienen en cuenta los medios disponibles donde se detallan la ubicación, la estructura física y los medios técnicos mínimos necesarios, el sistema de comunicación y transporte, la organización interna y estructura organizativa, la historia digital de salud, las actividades asistenciales, el flujograma, y la adecuación de los procesos asistenciales.

5.2.1.3. Ubicación, estructura física y equipamiento.

El DCCU y el SCCU deben de estar ubicados organizativamente dentro del hospital, contando con un espacio funcional independiente y teniendo una estructura física adecuada para el desarrollo de sus funciones.

La asistencia en urgencias se articula siguiendo el principio de dar prioridad a aquellos pacientes más graves, por lo que se diseñan unas áreas funcionales que van en función del circuito que el paciente ha de seguir desde que demanda el servicio hasta que cierra su relación con el mismo.

Constan de un **área de recepción** destinada a la recogida de los datos de filiación e inicio de la asistencia urgente y/o emergente; un **área de clasificación** de pacientes por prioridades en función de la gravedad de la patología que presenten, subdividida en la consulta de clasificación (donde se establece el primer contacto con el personal sanitario), la consulta básica (donde se atiende a los pacientes que tengan bajo nivel de gravedad y complejidad, sean de fácil manejo terapéutico y no precisen de técnicas de enfermería), y la sala de emergencias y paradas cardiorrespiratorias (PCR), para responder a éstas con inmediatez; **una sala de espera** destinada a dar acogida a enfermos y familiares que acudan a urgencias; una **sala de curas y yesos** donde se administran tratamientos de curas e inmovilizaciones de pacientes; un **área de tratamientos cortos y evolución** destinada a la administración de tratamientos y observación de enfermos con patologías que pueden resolverse por el DCCU y aquellas que requieren estabilización del paciente previa a la hospitalización; un **área de consultas médicas** donde se atiende inicialmente al paciente no crítico; un **área de observación de sillones** para la vigilancia y/o tratamiento de los pacientes agudos en los que se prevé una resolución de la situación en un corto periodo de tiempo (máximo 12 horas); un **área de camas** para la vigilancia, monitorización y tratamiento médico de procesos agudos a pacientes que precisan un nivel asistencial por encima del de otras áreas de urgencias con un tiempo máximo de estancia de 24 horas (prolongable hasta las 48 horas); un **área de apoyo o servicios comunes**, destinada a prestar dicho apoyo al personal y a los pacientes (despachos, bibliotecas, salas de estar, salas de informes y atestados, etc.); y un **área de sala de estar del personal**, destinada al descanso del grupo de trabajo.

Todas estas áreas del servicio de urgencias han de contar con el mobiliario y el material clínico necesarios para cubrir sus funciones. Además, se establecerán circuitos de pacientes preferentes; concretamente, hay cuatro diferentes:

- Circuito de emergencias (línea roja), donde se pondrían en marcha las aéreas de clasificación, la sala de emergencias y RCP y el área de observación de camas.
- Circuito ordinario (línea azul): entrarían dentro de este servicio el área de clasificación, la sala de esperas de los pacientes, y la de observación.

- Circuito de atención básica, donde se activarían el área de clasificación, la sala de espera de familiares y la consulta básica.
- Circuito pediátrico, donde se activarían los servicios de clasificación y de consulta pediátrica, y la sala de espera u observación pediátrica.

De esta manera, se garantiza la priorización de aquellos pacientes que presentan una situación más grave, respecto a aquellos que presentan patologías más livianas.

Por tanto, la organización de la atención al paciente comienza en el momento en que éste llega a la sección de urgencias y entra en contacto con los diferentes profesionales del servicio.

Para garantizar la calidad de la asistencia a los pacientes, se requiere de un sistema organizativo que ajuste los tiempos de recepción, de admisión y de clasificación del paciente por parte de los facultativos de la plantilla de la sección de urgencias y, en su caso, y bajo la supervisión de los médicos de plantilla, por Médicos Internos Residentes (MIR). Esta circunstancia hace que la actividad de la sección de urgencias sea asistencial y docente, por lo que el sistema organizativo debe orientarse también en este sentido. Es por ello que los médicos de plantilla tienen el cometido de garantizar la calidad de la asistencia de los pacientes, además del uso razonable y adecuado de los recursos, así como la docencia de los MIR.

La actividad de la sección de urgencias se desarrolla en relación con otros dispositivos sanitarios. El buen funcionamiento de urgencias, sobre todo en las épocas de más actividad asistencial, depende en gran medida de una buena coordinación con esas otras unidades, especialmente: 1) los servicios del propio hospital: tanto los que participan en la actuación urgente (radiología, laboratorio, etc.), como los que reciben a los pacientes ingresados o dados de alta (en este último caso, especialmente, los de hospitalización domiciliaria); 2) los dispositivos de cuidados críticos y urgencias del mismo área sanitaria; 3) los sistemas extrahospitalarios de emergencias; 4) los centros de salud del área sanitaria; y 5) los hospitales que puedan ser receptores o emisores de pacientes para la propia sección de urgencias.

La correcta relación y coordinación de la sección de urgencias con estos dispositivos sanitarios debe estar plasmada en un documento que, con el acuerdo de las partes, se revise periódicamente.

5.2.2. Rasgos del equipo humano.

Las profesiones relacionadas con la salud en España se caracterizan principalmente por su autonomía y poder sobre la organización y la industria de la atención médica.

Los recursos humanos asignados a la sección de urgencias están constituidos por personal facultativo (médicos de plantilla y médicos internos residentes), personal sanitario no facultativo (diplomados universitarios en enfermería y auxiliares de enfermería) y personal no sanitario (administrativos,

celadores, personal de seguridad y personal de limpieza), que constituyen un equipo de trabajo destinado a la atención de los pacientes y familiares que acuden a la sección de urgencias y están sujetos a la normativa interna bajo la dirección y coordinación del jefe de la sección.

El **jefe del servicio de cuidados críticos y urgencias** es la máxima autoridad de ambas secciones (intensivos y urgencias) y el responsable máximo. Entre las principales funciones que realiza se pueden distinguir: 1) garantizar el cumplimiento de la normativa vigente; 2) actuar de interlocutor con la dirección del hospital para la exposición de los principales problemas detectados en el servicio, así como sus posibles soluciones; 3) realizar una memoria anual del servicio donde incluya la actividad asistencial, docente e investigadora desarrollada; 4) revisar y aprobar los protocolos de actuación diagnósticos y terapéuticos consensuados por los diferentes servicios implicados; 5) acordar con los diferentes servicios del hospital las citas preferentes en consultas externas para pacientes urgentes; 6) dirigir las distintas sesiones del servicio; 7) realizar el plan de necesidades anual del servicio; 8) facilitar el desarrollo de la docencia y la investigación en el servicio; 9) contestar las reclamaciones de los usuarios, los requerimientos judiciales y aquellas solicitudes de la dirección del centro; y 10) desarrollar un sistema de Gestión de Calidad Total, estableciendo los indicadores y estándares que permitan analizar el funcionamiento del servicio. En definitiva, participar activamente en el perfeccionamiento continuo de la calidad favoreciendo el desarrollo de comisiones, grupos o círculos de calidad.

El **jefe de sección de urgencias** es el responsable directo de la selección de las urgencias y del cumplimiento de sus objetivos con dependencia directa del jefe del servicio de cuidados críticos y urgencias. Sus funciones básicas son: 1) dirigir a todo el personal, por delegación del jefe de servicio; 2) colaborar con el jefe de servicio en la planificación, organización, dirección y evaluación continua de la asistencia en la sección de urgencias, para garantizar el cumplimiento de los objetivos asistenciales con el nivel de calidad marcado por la dirección; 3) gestionar la elaboración y el cumplimiento de las guías de práctica clínica de aplicación en urgencias, en consenso con los servicios hospitalarios implicados; 4) colaborar en la tarea asistencial en el área de observación y consulta; 5) elaborar los planes de rotación, docencia y guardias de los MIR para su propuesta a los órganos correspondientes; 6) confeccionar las guardias de los médicos de plantilla; y 7) participar directamente o de forma delegada en las comisiones del hospital relacionadas con urgencias y catástrofes.

El **responsable clínico** es el personal médico que, durante las jornadas laborales, asume este cargo previamente designado por el jefe de la sección. Sus principales funciones son: 1) prestar asistencia a los pacientes que tenga asignados. Realiza esta actividad asistencial en todas las áreas de la sección de urgencias con la rotación que establezca el jefe de servicio o de sección, a fin de mantener el conocimiento de la problemática de las mismas; 2) ejercer de consultor clínico de toda la sección de urgencias; 3) ostentar la responsabilidad diaria del cumplimiento de los objetivos asistenciales y docentes fijados; y 4) organizar y ejercer de enlace de la labor asistencial de

todas las áreas funcionales de la sección de urgencias (Consultas, observación-sillones y observación-camas).

El Coordinador de distrito de los DCCU es nombrado por la dirección del distrito sanitario entre los facultativos adscritos al servicio. Sus funciones son: 1) realizar actividad asistencial mediante la realización de guardias; 2) coordinar todos los dispositivos de cuidados críticos y urgencias existentes en el distrito; 3) impulsar las distintas áreas de trabajo del DCCU (asistencia, formación, protocolización, estructura, prevención y promoción de la salud) con el objeto de aumentar la calidad del servicio; 4) coordinar las actuaciones de los DCCU con las de otros estamentos encargados de atender emergencias y urgencias; 5) dar asesoramiento a la dirección del distrito sanitario en la planificación de recursos y ordenación de servicios para la atención sanitaria urgente; 6) establecer los mecanismos oportunos para lograr que se cumplan los objetivos determinados por el servicio; 7) resolver cualquier incidencia que afecte al normal funcionamiento del DCCU; 8) responsabilizarse del funcionamiento de los equipos electrónicos e informáticos; 9) realizar el seguimiento de la red de transporte de urgencias de su distrito, instruyendo al nuevo personal que se incorpore por primera vez mediante la elaboración de manuales y protocolos de actuación; 10) analizar la evolución de los indicadores y estándares desarrollados por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias; 11) promover la adherencia a los protocolos establecidos fomentando la metodología de gestión de procesos; 12) promover la investigación del área de urgencias y emergencias; 13) coordinar cualquier actividad ajena a la función asistencial relacionada con el DCCU; 14) elaborar una memoria anual; 15) elaborar e implementar los planes funcionales de los dispositivos de su distrito; y 16) desarrollar todas aquellas funciones que estén relacionadas con las urgencias.

El responsable de la guardia es el personal facultativo presente en cada turno rotatorio y escogido según la idoneidad de cada turno, que se encarga de coordinar las actuaciones de los distintos profesionales del servicio. Otras de sus funciones son: 1) coordinar las demandas asistenciales fuera del DCCU, dirigiendo al personal sanitario; 2) seleccionar a los profesionales necesarios para realizar traslados asistidos en ambulancia; 3) actuar como interlocutor con otros sistemas de atención urgente; 4) registrar en el libro de incidencias el número de eventos, observaciones, etc., que se produzcan durante el tiempo en que es responsable de la guardia del área de urgencias; 5) fomentar en el resto de profesionales el cumplimiento de los registros específicos del DCCU, así como el correcto uso de las instalaciones y recursos existentes; 6) gestionar y canalizar las sugerencias, demandas y opiniones aportadas por los usuarios del DCCU; 7) velar por el uso correcto del transporte sanitario; 8) mejorar la accesibilidad al DCCU, agilizando las posibles demoras que se puedan producir en la atención urgente; y 9) resolver los posibles conflictos de competencias que se planteen entre los profesionales.

El personal médico de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias es el personal facultativo encargado de: 1) prestar asistencia sanitaria a todos los pacientes que acudan al servicio; 2) decidir sobre la situación del paciente, derivando al hospital u a otro dispositivo cuando la situación lo requiera, o

dando el alta sanitaria una vez sea atendido correspondientemente; 3) informar al paciente y/o familiares de su proceso clínico, exploraciones complementarias, tratamiento y demás actuaciones previstas; 4) supervisar el desarrollo del proceso asistencial y formativo del personal a su cargo; 5) gestionar eficientemente los recursos asignados, fomentando la calidad del servicio que presta; 6) participar en el desarrollo de los sistemas de información del centro y los relacionados con su actividad; 7) participar en los programas de investigación, en el plan de formación y en las actividades de mejora de la calidad; 8) cooperar con el resto de los dispositivos del sistema integral de urgencias y emergencias; y 9) desarrollar todas aquellas actividades encaminadas a mejorar la atención de los pacientes que presenten patologías críticas y urgentes en las distintas áreas:

- En el área de observación, las actividades son: 1) prestar asistencia a todos los pacientes ingresados; 2) responsabilizarse del destino final del paciente; 3) tutorizar la labor asistencial de los médicos residentes; y 4) colaborar con los médicos del área de consultas en el cumplimiento de los objetivos diarios de la sección de urgencias.
- En el área de consultas, las actividades son: 1) prestar atención inmediata a la emergencia; 2) apoyar a la enfermería en la clasificación de pacientes; 3) atender la consulta o el circuito de preferentes; 4) tutorizar la asistencia, el diagnóstico y el tratamiento, así como los destinos intermedios y finales del paciente; y 5) colaborar con los médicos de observación en el cumplimiento de los objetivos diarios de la sección de urgencias.

El **personal Médico Interno Residente (MIR)** en la sección de urgencias son aquellos médicos residentes que, durante su permanencia en la sección, están adscritos funcionalmente al servicio de cuidados críticos y urgencias. Durante su periodo de guardia, no tienen obligaciones asistenciales ni científicas en sus servicios de origen ni sobre pacientes hospitalizados. Sus funciones en la sección de urgencias son: 1) prestar asistencia al paciente; 2) dar apoyo a los médicos de plantilla en el tratamiento de pacientes críticos; 3) asistir a las sesiones clínicas de la sección de urgencias; y 4) colaborar con la realización de protocolos y guías prácticas clínicas cuando se les demande su participación. El MIR consultará las dudas que se le presenten durante la atención médica con los demás médicos de la plantilla o con los residentes mayores; no podrán decidir sin supervisión.

El **personal de enfermería** está constituido por profesionales Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE) y Auxiliares de Enfermería (AE).

Las funciones comunes para todos ellos son: 1) asumir la rotación y distribución en las distintas áreas de trabajo que conforman la sección de urgencias en función de lo indicado por los coordinadores y /o supervisores; 2) colaborar con en el mantenimiento del orden, la limpieza y asepsia del área de urgencias; 3) cumplir y hacer cumplir en todo momento las normas establecidas en la unidad de urgencias; 4) colaborar con el jefe de sección y el supervisor de enfermería en la elaboración de planes de cuidados, normas, guías y protocolos; 5) colaborar, dentro de su marco de competencias, en los

planes de docencia, formación continuada, investigación, garantía de calidad y evaluación de resultados de la unidad de urgencias.

A los DUE les corresponde la realización de las siguientes funciones dentro del servicio: 1) prestar asistencia sanitaria a todos los paciente que acuden al servicio; 2) asumir tareas asistenciales no urgentes pero básicas para el funcionamiento y la atención adecuados del paciente (curas, inyectables, tratamientos, estudios de pacientes, etc.); 3) clasificar a los pacientes en función de la prioridad de la patología que presentan; 4) realizar los procedimientos terapéuticos indicados por el responsable de la asistencia; 5) valorar las constantes vitales del paciente y realizar pruebas complementarias en función de la patología; 6) administrar los tratamientos prescritos por el médico y realizar seguimiento de los cuidados propios de enfermería; 7) colaborar con el médico o realizar el traslado de pacientes desde el dispositivo al hospital; 8) utilizar los recursos eficientemente, procurando mejorar la calidad de la atención que proporcionan; 9) participar en programas de investigación y formación, así como en las actividades para potenciar la mejora de la calidad; y 10) realizar todas aquellas actividades encaminadas a mejorar la atención de los pacientes que presenten patologías críticas y urgentes.

A los AE les corresponderán las siguientes funciones: 1) proporcionar atención sanitaria a todo paciente que acuda al servicio (proporcionándole cuidados de limpieza, movilidad, toma de temperatura, etc.); 2) en las extracciones y pruebas, identificar las muestras para estudios complementarios, remitiéndolas a los distintos laboratorios; 3) responder del material fungible y de papelería al finalizar su turno; 4) atender las necesidades de los pacientes durante la exploración; 5) avisar al servicio de limpieza cuando sea necesario; 6) anotar en la hoja de registro de enfermería todas las incidencias que se produzcan; 7) preparar y revisar el material destinado al tratamiento del paciente (sistemas de oxigenoterapia, mesillas de los pacientes, etc.); 8) repartir las comidas; 9) prestar ayuda a los DUE en la realización de las técnicas (sondajes, lavados gástricos, punciones, canalizaciones viales, etc.); 10) limpiar el instrumental utilizado; y 11) responsabilizarse de los almacenes.

El **personal no sanitario** está compuesto por el personal administrativo, celador, de seguridad y de limpieza. Sus principales funciones son: 1) recibir y ayuda a pacientes incapacitados físicamente para acceder al DCCU; 2) trasladar al paciente a la sala de espera cuando las circunstancias lo requieran; 3) trasladar al paciente directamente a las consultas cuando la situación del enfermo lo requiera; 4) recoger los datos de filiación del demandante del servicio; y 5) abrir expediente indicando el motivo de la demanda.

5.3. Principales conclusiones y síntesis del capítulo.

Desde los inicios legislativos de la Constitución Española de 1978 y la Ley General de Sanidad de 1986, se ha producido un proceso de descentralización en competencias en materia sanitaria, que aún está por culminar.

El desigual proceso de transferencias ha originado, entre otras cosas, problemáticas derivadas de la implementación de diferentes sistemas organizativos (tal y como pudimos observar en el capítulo 3 de la presente tesis doctoral).

La Junta de Andalucía, desde el primer momento, ha mostrado interés e inquietudes por la gestión de calidad en materia sanitaria; por ello, ha diseñado tres planes de calidad que tratan de dar respuesta a las necesidades socio-sanitarias de la población.

Del mismo modo, se creó la Agencia de Calidad Sanitaria, encargada de velar por los procesos de acreditación de centros profesionales y formación continuada.

Bajo este marco de acreditación, la dirección sanitaria del Campo de Gibraltar diseñó un programa de calidad para los servicios de cuidados críticos y urgencias, con el objetivo fundamental de acercarse a los estándares propuestos por la Agencia de Calidad Andaluza.

Dichas directrices quedan reflejadas de una manera más específica en el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (Servicio Andaluz de Salud, 2015), donde se delimitan la organización funcional de los servicios y de los grupos de trabajo para los servicios y el dispositivo de cuidados críticos y urgencias.

Este capítulo de contextualización nos permite conocer la ubicación organizativa, dentro del hospital, del servicio de cuidados críticos y urgencias, siendo capaces de imaginar el circuito completo que un paciente sigue desde su primer contacto con la institución hasta su alta médica y abandono de los servicios prestados.

Además, nos facilita la labor de conocer los rasgos distintivos del equipo humano que trabaja dentro de los servicios de urgencias, así como sus principales competencias y funciones.

CAPÍTULO 6.
ANÁLISIS FACTORIAL Y DE CONTENIDO DEL
AMBIENTE GRUPAL DE TRABAJO.

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

6.- Análisis factorial y de contenido del ambiente grupal de trabajo	171
6.1. Análisis cuantitativo: factores principales del ambiente grupal de trabajo.....	171
6.1.1. Factores principales del ambiente grupal de trabajo (análisis factorial cuantitativo resultante del cuestionario de 'ambiente grupal de trabajo' de Perry et al., 2005).....	174
6.1.2. Valoración de los principales factores del ambiente grupal de trabajo..	178
6.2. Análisis cualitativo: contenidos del ambiente grupal de trabajo	185
6.2.1. Principales componentes del 'ambiente grupal de trabajo' (análisis de los procesos grupales)	194
6.2.1.1. Sentido, significación e identificación de los conceptos latentes	194
6.2.1.2. Codificación abierta: identificación de procesos.....	204
6.2.1.3. Reducción y reagrupación de códigos: integración de categorías y sus propiedades	206
6.2.1.4. Organización de la información: matriz de categorías (concepto, familia de códigos, principales códigos encontrados y citas de entrevista en profundidad)	211
6.3. Estudio de fiabilidad del proceso de codificación.....	218
6.4. Principales conclusiones y síntesis del capítulo.....	237

6. Análisis factorial y de contenido del ambiente grupal de trabajo.

Teniendo en cuenta las consideraciones teóricas, epistemológicas y de contexto de aplicación presentadas en capítulos anteriores, en esta fase de la presente tesis doctoral tratamos de realizar un estudio sobre los principales elementos que configuran el ambiente grupal de trabajo en el servicio de urgencias del hospital del área de Gibraltar.

Para ello, se usa la triangulación como estrategia para el uso simultáneo de dos métodos en un mismo proceso de investigación. Se realiza un estudio cuantitativo y otro cualitativo para obtener los principales elementos del ambiente grupal de trabajo. De este modo, posibilita analizar las posibles semejanzas y/o diferencias encontradas en ambos procesos, y nos permite valorar su situación desde ambas perspectivas.

6.1. Análisis cuantitativo: factores principales del ambiente grupal de trabajo.

Objetivo

En esta fase del estudio, se pretende ofrecer información relevante acerca de los elementos principales que subyacen en el 'ambiente grupal de trabajo' del servicio de urgencias del hospital del Campo de Gibraltar, contextualizado en el capítulo previo, como aspectos importantes para mejorar el funcionamiento del servicio.

Método

Participantes

La población potencial de esta parte del trabajo de investigación es todo el personal sanitario, tanto facultativo (personal médico y de enfermería) como no facultativo (auxiliares de enfermería, celadores, personal administrativo y de seguridad), pertenecientes al servicio de cuidados críticos y urgencias del hospital que se está estudiando. En total son 157 los trabajadores pertenecientes al servicio.

En el registro de información mediante cuestionario, se realizó un muestreo incidental ya que la participación era voluntaria. Finalmente, participaron 113 profesionales. Un 59,2% de los participantes son mujeres y un 40,8% hombres, con una media de edad de 37,68 años y una desviación típica de 8,79. El 50% son enfermeros/as, el 22,1% auxiliares de enfermería, el 21,2% médicos/as, el 5,3% celadores y el 0,9% personal encargado de la administración. Dentro de las tres grandes áreas que se identifican en el servicio de cuidados críticos y urgencias, el 59,3% del personal pertenece al área de urgencias, el 37,2% a la unidad de cuidados críticos y el 3,5% al dispositivo móvil de urgencias. En cuanto al tiempo que llevan dentro del servicio, el 52,4% llevan más de 5 años dentro del servicio, el 28,8% entre dos

y cinco años y el 18,8% un año o menos. El 55,1% lleva más de 5 años ejerciendo su profesión, el 21,1% entre dos y cinco años y el 23,8% tiene un año o menos de experiencia profesional. En cuanto al tipo de relación laboral que tienen con el servicio, el 36,1% tienen un contrato indefinido, el 34,1% un contrato de interinidad, el 27,8% un contrato eventual y el 0,9% un contrato por obra y servicio.

Instrumentos

Para la realización de esta parte de la investigación, como instrumento de recogida de datos, se adapta un cuestionario (traducido de la Workgroup Climate Assessment tool –WCA- de Perry et al., 2005) para medir ‘la calidad del ambiente grupal de trabajo’ debido a que se ajusta a la temática; los autores, en su validación del instrumento de medida para mejorar el desempeño de las organizaciones públicas, destacan principalmente 3 dimensiones, vistas desde un punto de vista individual, como elementos relevantes y facilitadores de mejorar el funcionamiento de cualquier organización sanitaria: claridad, apoyo y desafío.

El instrumento se divide en dos bloques: el primero de ellos está compuesto por 7 preguntas que recoge información de carácter socio-demográfico (edad, sexo, profesión, área dentro del servicio donde desarrolla el trabajo, tiempo que lleva en el servicio, tiempo de experiencia profesional y tipo de relación laboral con el servicio) debido a que, en general, no abundan muchos datos relativos a detallar las características socio-demográficas del personal sanitario (Ortiz-Gómez, Birriel-Salcedo y Ortega del Olmo, 2004).

El segundo de los bloques está compuesto por 18 ítems de respuesta gradual tipo Likert de cinco puntos, que oscila entre «1. De ninguna manera» y «5. Con un grado muy alto», encaminado a medir el ‘ambiente grupal de trabajo’ donde, además, se valora concretamente la calidad y la productividad del grupo de trabajo (ítems 17 y 18 respectivamente; Yo siento que... nuestro grupo de trabajo es conocido por la calidad, nuestro grupo de trabajo es productivo). El instrumento de medida ofrece un buen valor en el coeficiente de fiabilidad, $\alpha = 0,890$; como el alfa de Cronbach está en el intervalo 0,8- 0,9, se podría calificar como un buen nivel de fiabilidad (George y Mallery, 1995). En el Anexo IV se puede ver más detalladamente el cuestionario de ‘ambiente grupal de trabajo’ utilizado en este estudio.

Procedimiento

Se administró el cuestionario a todo el personal perteneciente al servicio de cuidados críticos y urgencias del hospital objeto de estudio de la presente investigación. Posteriormente se habilitó una sala con una urna para que, una vez finalizada la cumplimentación del cuestionario, el personal pudiera depositarlo.

Una vez recogidos los datos, se realizan los análisis estadísticos utilizando el software SPSS (v.22) para obtener información relevante acerca de las principales dimensiones que encierra el concepto 'ambiente grupal laboral'. Para ello, se propone realizar un Análisis Factorial (AF) debido a que ofrece parsimonia y mejor interpretación de la información aportada (Pérez, Chacón, y Moreno, 2000).

El primer paso para poder realizar el AF, como una de las estrategias de análisis multivariante para determinar los factores latentes de un concepto, es calcular la matriz de correlaciones entre todas las variables que entren en el análisis (Barbero, Vila y Holgado, 2011). Una vez se dispone de esta matriz, concierne examinarla para comprobar si sus características son adecuadas para realizar un AF; es decir, para comprobar si los datos cumplen con los principios básicos para poder realizarse el AF (Yela, 1957). Para valorar la bondad de ajuste de los datos analizados a un análisis factorial, se utilizó la prueba de esfericidad de Bartlett (PEB), ya que comprueba que la matriz de correlaciones observadas se ajusta a la matriz identidad (si el valor de PEB presenta una sig. $< 0,05$ se puede realizar un AF). También se calculó el índice KMO de Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación muestral que permite comparar la magnitud de los coeficientes de correlación observados con la magnitud de los coeficientes de correlación parcial; si $KMO \geq 0,75$ la idea de realizar un AF es buena; si $KMO > 0,5$, el grado de correlación es adecuado por los distintos componentes y, por tanto, es conveniente realizar un AF (Maruyama, 1998).

Tabla 24

Resultados del índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la Prueba de Esfericidad de Bartlett (PEB).

Medida de adecuación muestral de KMO		,851
PEB	Chi-cuadrado aproximado	804,174
	Grados de libertad	153
	Significación	,000

Una vez realizadas las comprobaciones oportunas, se realiza un Análisis Factorial Exploratorio (AFE), utilizando la técnica de extracción de componentes principales, en el que los factores obtenidos son los autovalores de la matriz de correlaciones re-escalados y el método de rotación ortogonal (normalización varimax con Kaiser), para identificar las principales dimensiones que encierran el concepto 'Ambiente grupal de trabajo' de cara a organizar la información de acuerdo con la estructura resultante.

6.1.1. Factores principales del ambiente grupal de trabajo (análisis Factorial cuantitativo resultante del cuestionario de 'ambiente grupal de trabajo' de Perry et al., 2005).

A partir del AFE, se extrajeron 4 factores que explican el 61,33% de la varianza común (Tabla 25). El primer factor denominado «Productividad grupo de trabajo» (valor propio = 6,57) explica el 36,54% de la varianza común e incluye los ítems 2, 6, 13, 15, 16, 17. El segundo factor denominado «Relación laboral intragrupal» (valor propio = 1,94) explica el 10,79% de la varianza común e incluye los ítems 7, 8, 10 y 12. El tercer factor «Trabajo individual» (valor propio = 1,34) explica el 7,44% de la varianza común e incluye los ítems 1, 3, 9, 14 y 18. El cuarto factor «Satisfacción laboral» (valor propio = 1,17) explica el 5,47% de la varianza común e incluye los ítems 4, 5 y 12.

Tabla 25

Varianza explicada (AF componentes principales).

Componente	Valores propios iniciales			Extracción de la carga cuadrada			Sumas de las Rotaciones		
	Total	%		Total	%		Total	%	
		Varianza	Acumulada		Varianza	Acumulada		Varianza	Acumulada
1	6,578	36,545	36,545	6,578	36,545	36,545	3,192	17,735	17,735
2	1,944	10,798	47,343	1,944	10,798	47,343	3,015	16,748	34,483
3	1,340	7,445	54,788	1,340	7,445	54,788	2,506	13,924	48,407
4	1,178	6,547	61,335	1,178	6,547	61,335	2,327	12,928	61,335

Por otra parte, la correlación entre los factores sustenta la elección de la rotación factorial realizada (ver Tabla 26).

Tabla 26

Matriz de transformación de factores.

	Productividad grupo de trabajo	Relación laboral intragrupal	Trabajo individual	Satisfacción laboral
Productividad grupo de trabajo	,601	,568	,358	,434
Relación laboral intragrupal	-,049	-,354	,908	-,219
Trabajo individual	-,633	-,005	,147	,760
Satisfacción laboral	,487	-,743	-,160	,431

En la Tabla 27 se muestran los pesos aportados por cada uno de los ítems a cada uno de los factores encontrados, utilizando como criterio que el valor de cada ítem sea igual o superior a 0,3; cada uno de los ítems aporta un valor entre 0 y 1 que, en términos de la varianza, es el peso al cuadrado. 0,3 supone aproximadamente el 10% de aportación de información a ese factor, porcentaje aceptado como válido dentro de la literatura.

Tabla 27

Análisis factorial exploratorio. Una rotación de convergencia en 6 itinerarios.

ÍTEMS	F1	F2	F3	F4
Ítem 15: Nos sentimos orgullosos de nuestro trabajo	,761			
Ítem 17: Nuestro grupo de trabajo es conocido por la calidad de su trabajo	,683			
Ítem 2: Tenemos un propósito común	,599			
Ítem 13: Nos esforzamos por entender las necesidades de nuestros usuarios	,585			
Ítem 16: Nos sabemos adaptar a nuevas circunstancias	,571			
Ítem 6: Nos esforzamos por lograr buenos resultados	,487			
Ítem 8: Entendemos la importancia del trabajo de cada miembro del grupo		,803		
Ítem 11: Somos conscientes de las habilidades de cada uno		,768		
Ítem 10: Nos esforzamos por mejorar nuestras actuaciones		,623		
Ítem 7: Prestamos atención a cómo de bien trabajamos juntos		,618		
Ítem 1: Se nos reconoce nuestras aportaciones personales			,740	
Ítem 3: Tenemos los recursos necesarios para hacer nuestro trabajo bien			,722	
Ítem 9: Seguimos un plan para dirigir nuestras actividades			,617	
Ítem 14: Participamos en las decisiones de nuestro grupo de trabajo			,528	
Ítem 18: Nuestro grupo de trabajo es productivo			,511	
Ítem 5: Sentimos que nuestro trabajo es importante				,824
Ítem 4: Desarrollamos nuestras habilidades y conocimientos				,719
Ítem 12: Tenemos claro qué se espera de nuestro trabajo				,511

Como se puede observar en la Tabla 27, parece haber una estructura clara del concepto ‘ambiente grupal de trabajo’, destacándose principalmente cuatro factores en función de los pesos aportados por cada uno de los ítems.

Así pues, el factor 1 «Productividad del grupo de trabajo» queda compuesto por seis ítems: el ítem 15 “nos sentimos orgullosos de nuestro trabajo”; el ítem 17 “nuestro grupo de trabajo es conocido por la calidad de su

trabajo”; el ítem 2 “tenemos un propósito común”; el ítem 13 “nos esforzamos por entender las necesidades de nuestros usuarios”; el ítem 16 “nos sabemos adaptar a nuevas circunstancias”; y el ítem 6 “nos esforzamos por lograr buenos resultados”.

El factor 2 «relación laboral intragrupal» está conformado por los siguientes ítems: el 8 “entendemos la importancia del trabajo de cada miembro del grupo”; el 11 “somos conscientes de las habilidades de cada uno”; el 10 “nos esforzamos por mejorar nuestras actuaciones”; y el 7 “prestamos atención a cómo de bien trabajamos juntos”.

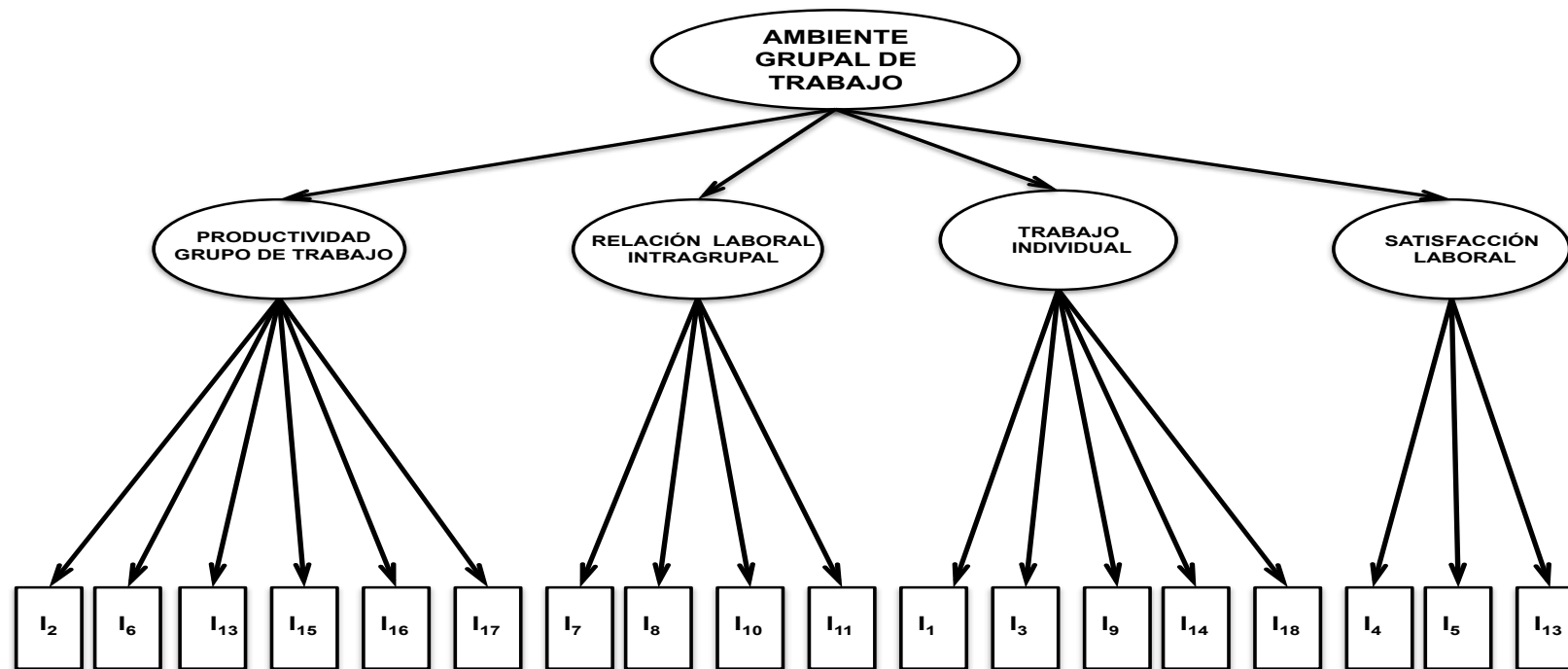
En el factor 3, «trabajo individual», se incluyen los ítems 1 “se nos reconoce nuestras aportaciones personales”; 3 “tenemos los recursos necesarios para hacer nuestro trabajo bien”; 9 “seguimos un plan para dirigir nuestras actividades”; 14 “participamos en las decisiones de nuestro grupo de trabajo”; y 18 “nuestro grupo de trabajo es productivo”.

Por último, el factor 4, «satisfacción laboral» está conformado por 3 ítems: el 5 “sentimos que nuestro trabajo es importante”; el 4 “desarrollamos nuestras habilidades y conocimientos”; y el 12 “tenemos claro que se espera de nuestro trabajo”.

En las Figura 13, aparece reflejada la estructura factorial latente dentro del concepto ‘ambiente grupal de trabajo’, con sus respectivas dimensiones e indicadores. Está compuesto por 4 factores y por 18 indicadores (ítems).

En el siguiente de los apartados de esta parte del trabajo, se presenta la valoración de los resultados descriptivos procedentes de los registros de los 18 indicadores.

Figura 13:
Estructura factorial resultante (AFE).



6.1.2. Valoración de los principales factores del ambiente grupal de trabajo.

Siguiendo con la estructura latente del concepto 'ambiente grupal de trabajo', los resultados descriptivos de cada uno de los indicadores se presentan agrupados en función de los 4 factores anteriormente detallados.

Tabla 28

Descriptivos del factor 1 "Productividad grupo de trabajo" (ítems 2, 6, 13, 15, 16 y 17).

Ítem 2: Tenemos un propósito común	Frecuencia (Fr)	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (PA)
De ninguna manera	7	6,2	6,2
Con un pequeño grado	24	21,2	27,4
Con un grado moderado	44	38,9	66,4
Con un gran grado	32	28,3	94,7
Con un grado muy alto	6	5,3	100
Total	113	100	
Ítem 6: Nos esforzamos por lograr buenos resultados	Fr	%	PA
De ninguna manera	1	0,9	0,9
Con un pequeño grado	3	2,7	3,6
Con un grado moderado	12	10,6	14,2
Con un gran grado	53	46,9	61,1
Con un grado muy alto	44	38,9	100
Total	113	100	
Ítem 13: Nos esforzamos por entender las necesidades de nuestros usuarios	Fr	%	PA
De ninguna manera	2	1,8	1,8
Con un pequeño grado	3	2,7	4,4
Con un grado moderado	24	21,2	25,7
Con un gran grado	52	46,0	71,7
Con un grado muy alto	32	28,3	100
Total	113	100	
Ítem 15: Nos sentimos orgullosos de nuestro trabajo	Fr	%	PA
De ninguna manera	7	6,2	6,2
Con un pequeño grado	6	5,3	11,5
Con un grado moderado	25	22,1	33,6
Con un gran grado	39	34,5	68,1
Con un grado muy alto	36	31,9	100
Total	113	100	
Ítem 16: No sabemos adaptar a las nuevas circunstancias	Fr	%	PA
De ninguna manera	4	3,5	3,5
Con un pequeño grado	9	8,0	11,5

Con un grado moderado	19	16,8	28,3
Con un gran grado	54	47,8	76,1
Con un grado muy alto	27	23,9	100
Total	113	100	
Ítem 17: Nuestro trabajo es conocido por la calidad de su trabajo	Fr	%	PA
De ninguna manera	15	13,3	13,3
Con un pequeño grado	27	23,9	37,2
Con un grado moderado	36	31,9	69,0
Con un gran grado	30	26,5	95,6
Con un grado muy alto	5	4,4	100
Total	113	100	

Como se puede ver en la Tabla 28, el factor 1 «Productividad grupo de trabajo» está compuesto por los ítems 2, 6, 13, 15 16 y 17:

- El ítem 2 'tenemos un propósito común', presenta valores en torno al valor central; es decir, el 38,9% de los encuestados ha contestado que, con un grado moderado, consideran que tienen un propósito común; el 28,3% con un gran grado y el 21,2% con un pequeño grado. Por el contrario, los valores extremos, 'de ninguna manera' y 'con un grado muy alto' presentan porcentajes entorno al 5% (6, 2% para 'ninguna manera' y 5,3% para 'con un grado muy alto').
- En el ítem 6 'nos esforzamos por lograr buenos resultados', más del 85% de los encuestados ha manifestado, con un gran grado (46,9%) o con un grado muy alto (38,9%), sentirse que se esfuerza en lograr buenos resultados con su grupo de trabajo.
- En el ítem 13 'nos esforzamos por entender las necesidades de nuestros usuarios', más del 95% de los encuestados ha contestado que en un gran grado (46%), en un grado muy alto (28,3%) o en un grado moderado (21,2%) se esfuerzan por atender las necesidades de los usuarios con los que trabajan.
- El ítem 15 presenta valores muy similares al anterior, ya que más del 88% de los encuestados se sienten orgullosos con el trabajo que realizan. El 34,5% manifiestan un gran grado de acuerdo con el enunciado que se les plantea; el 31,9%, un grado muy alto; y el 22,1%, un grado moderado.
- En el ítem 16: 'nos sabemos adaptar a las nuevas circunstancias' se destaca que casi el 90% de los encuestados manifiesta que se saben adaptar a las nuevas circunstancias (47,8% con un gran grado; 23,9% con un grado muy alto; y 16,8% con un grado moderado).
- El último de los ítems de este factor, el ítem 17 'nuestro trabajo es conocido por la calidad de su trabajo' presenta que más del 50% de los encuestados sienten en un grado moderado (31,9%) o en un gran grado (26,5%) que el trabajo que realizan es conocido por su calidad. Por el contrario, en torno al 37% consideran que su trabajo no es conocido por la calidad (23,9% con un pequeño grado y 13,3% de ninguna manera).

Como valoración general de este primer factor, se puede observar que la mayoría de las puntuaciones alcanzadas en los diferentes ítems son altas. Es decir, que en la mayoría de los casos los encuestados se identifican con cada uno de los enunciados que se les plantean. Cabría destacar el ítem 17, en el que se pone de manifiesto que el 37,2% de los encuestados no considera que el trabajo que realizan sea conocido por la calidad.

Tabla 29

Descriptivos del factor 2 “Relación laboral intragrupal” (ítems 7, 8, 10 y 11).

Ítem 7: Prestamos atención a cómo de bien trabajamos juntos.	Frecuencia (Fr)	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (PA)
De ninguna manera	4	3,5	3,5
Con un pequeño grado	23	20,4	23,9
Con un grado moderado	41	36,3	60,2
Con un gran grado	34	30,1	90,3
Con un grado muy alto	11	9,7	100
Total	113	100	
Ítem 8: Entendemos la importancia del trabajo de cada miembro del grupo.	Fr	%	PA
De ninguna manera	1	,9	,9
Con un pequeño grado	17	15,0	15,9
Con un grado moderado	28	24,8	40,7
Con un gran grado	40	35,4	76,1
Con un grado muy alto	27	23,9	100
Total	113	100	
Ítem 10: Nos esforzamos por mejorar nuestras actuaciones.	Fr	%	PA
De ninguna manera	1	,9	,9
Con un pequeño grado	8	7,1	8,0
Con un grado moderado	33	29,2	37,2
Con un gran grado	39	34,5	71,7
Con un grado muy alto	32	28,3	100
Total	113	100	
Ítem 11: Somos conscientes de las habilidades de cada uno.	Fr	%	PA
De ninguna manera	3	2,7	2,7
Con un pequeño grado	13	11,5	14,2
Con un grado moderado	35	31,0	45,1
Con un gran grado	38	33,6	78,8
Con un grado muy alto	24	21,2	100
Total	113	100	

Como se observa en la tabla 29, el segundo de los factores «Relación laboral intragrupal» está compuesto por los ítems 7, 8, 10 y 11.

- El ítem 7 'prestamos atención a cómo de bien trabajamos juntos' presenta que más del 75% considera que con un grado moderado (36,3%), con un gran grado (30,1%) o con un grado muy alto (9,7%) presta atención a cómo de bien trabaja junto a sus compañeros de trabajo.
- El ítem 8 'entendemos la importancia del trabajo de cada miembro del grupo' presenta que más del 80% de los que han contestado a la pregunta consideran con un gran grado (35,4%), con un grado moderado (24,8%) o con un grado muy alto (23,9%) que entiende la importancia del trabajo de cada miembro del grupo.
- El ítem 10 'nos esforzamos por mejorar nuestras actuaciones' presenta valores muy parecidos al ítem anterior, ya que más del 90% de los encuestados considera que, con un gran grado (34,5%), con un grado moderado (29,2%), o con un grado muy alto se esfuerzan por mejorar las actuaciones dentro del grupo de trabajo.
- En el ítem 11 'somos conscientes de las habilidades de cada uno', se destaca que más del 80% de los que han participado en este estudio y han contestado esta pregunta sienten con un gran grado (33,6%), con un grado moderado (31%) o con un grado muy alto (21,2%) que son conscientes de las habilidades de cada uno de los componentes del grupo de trabajo.

Como valoración general de este factor que recoge información relativa a aspectos que se desarrollan dentro de los grupos de trabajo que caracterizan la relación laboral se puede considerar que, a partir de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems, la mayoría de los encuestados consideran que prestan atención de cómo de bien trabajan juntos, sabiendo entender la importancia del trabajo desarrollado por cada miembro del grupo, esforzándose por mejorar cada una de las actuaciones, y reconociendo las habilidades de cada uno de los miembros del grupo de trabajo.

Tabla 30

Descriptivos del factor 3 “Trabajo individual” (ítems 1, 3, 9, 14 y 18).

Ítem 1: Se nos reconoce nuestras aportaciones personales	Frecuencia (Fr)	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (PA)
De ninguna manera	19	16,8	16,8
Con un pequeño grado	43	38,1	38,1
Con un grado moderado	37	32,7	32,7
Con un gran grado	11	9,7	9,7
Con un grado muy alto	3	2,7	2,7
Total	113	100	100
Ítem 3: Tenemos los recursos necesarios para hacer nuestro trabajo bien	Fr	%	PA
De ninguna manera	19	16,8	16,8
Con un pequeño grado	46	40,7	57,5
Con un grado moderado	21	18,6	76,1
Con un gran grado	22	19,5	95,6
Con un grado muy alto	5	4,4	100
Total	113	100	
Ítem 9: Seguimos un plan para dirigir nuestras actividades	Fr	%	PA
De ninguna manera	14	12,4	12,4
Con un pequeño grado	30	26,5	38,9
Con un grado moderado	32	28,3	67,3
Con un gran grado	26	23,0	90,3
Con un grado muy alto	11	9,7	100
Total	113	100	
Ítem 14: Participamos en las decisiones de nuestro grupo de trabajo	Fr	%	PA
De ninguna manera	15	13,3	13,3
Con un pequeño grado	23	20,4	33,6
Con un grado moderado	31	27,4	61,1
Con un gran grado	30	26,5	87,6
Con un grado muy alto	14	12,4	100
Total	113	100	
Ítem 18: Nuestro trabajo es productivo	Fr	%	PA
De ninguna manera	15	13,3	13,3
Con un pequeño grado	27	23,9	37,2
Con un grado moderado	36	31,9	69,0
Con un gran grado	30	26,5	95,6
Con un grado muy alto	5	4,4	100
Total	113	100	

Como se muestra en la Tabla 30, el factor 3 «trabajo individual» está compuesto por los ítems 1, 3, 9, 14 y 18:

- El ítem 1 'se nos reconoce nuestras aportaciones individuales', presenta que más de un 50% de los encuestados considera que no se reconoce las aportaciones personales realizadas por los miembros del grupo de trabajo (un 38,1% considera que con un pequeño grado se reconocen las aportaciones personales y un 16,8% considera que de ninguna manera se reconocen las aportaciones personales).
- En el ítem 3 'tenemos los recursos necesarios para hacer nuestro trabajo bien' se puede considerar que más de la mitad de los encuestados considera que no tiene los recursos necesarios para realizar bien el trabajo (el 40,7% con un pequeño grado de acuerdo con el enunciado planteado, y el 16,8% nada de acuerdo con el enunciado).
- En el ítem 9 'seguimos un plan para dirigir nuestras actividades', podemos observar cómo se ha dicotomizado la opinión de los encuestados, ya que el 38,9% considera que no siguen un plan para dirigir sus actividades (26,5% con un pequeño grado y 12,4 de ninguna manera), mientras que el 32,7% considera que sí siguen un plan para dirigir sus actividades (23,0% con un gran grado y 9,7% con un grado muy alto).
- En el ítem 14 'participamos en las decisiones de nuestro grupo de trabajo', ocurre prácticamente lo mismo que en el ítem 13; es decir, por un lado están los que opinan que no participan en las decisiones que se desarrollan dentro del grupo de trabajo (33,7% de los encuestados, de los cuales el 20,4% ha señalado que con un pequeño grado, y el 13,3% de ninguna manera) y, por otro lado, aquellos que consideran que sí participan de manera activa en las decisiones del grupo de trabajo (38,9% de los encuestados, 26,5% con un gran grado y 12,4% con un grado muy alto).
- El ítem 18 'nuestro trabajo es productivo' aparece con resultados parecidos a los dos últimos ítems analizados (ítems 9 y 14), al ser un 37,2% de los encuestados los que consideran que su trabajo es poco productivo (23,9% con un pequeño grado y 13,3% de ninguna manera); y, por el contrario, un 30,9% que considera que su trabajo es productivo (en un gran grado el 26,5% y en un grado muy alto el 4,4%).

Como valoración general de este factor, se destaca el poco grado de consenso alcanzado entre los encuestados, ya que hay diferentes opiniones respecto a cada uno de los aspectos sobre los que se les pregunta; concretamente, en aquellos aspectos relacionados con el seguimiento de un plan que orienta y dirige las actividades que desarrollan, con el grado de participación en las distintas decisiones que se desarrollan dentro del grupo de trabajo, y con la consideración de la productividad del trabajo realizado.

Por otro lado, se destacan como aspectos negativos el reconocimiento de las aportaciones personales realizadas por cada uno de los miembros del grupo y la disponibilidad de los recursos necesarios para hacer bien el trabajo.

Tabla 31

Descriptivos del factor 4 "Satisfacción laboral" (ítems 4, 5 y 12).

Ítem 4: Desarrollamos nuestras habilidades y conocimientos	Frecuencia (Fr)	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (PA)
De ninguna manera	3	2,7	2,7
Con un pequeño grado	18	15,9	18,6
Con un grado moderado	35	31,0	49,6
Con un gran grado	38	33,6	83,2
Con un grado muy alto	19	16,8	100
Total	113	100	
Ítem 5: Sentimos que nuestro trabajo es importante	Fr	%	PA
De ninguna manera	5	4,4	4,4
Con un pequeño grado	9	8,0	12,4
Con un grado moderado	23	20,4	32,7
Con un gran grado	34	30,1	62,8
Con un grado muy alto	42	37,2	100
Total	113	100	
Ítem 12: Tenemos claro qué se espera de nuestro trabajo	Fr	%	PA
De ninguna manera	7	6,2	6,2
Con un pequeño grado	16	14,2	20,4
««»Con un grado moderado	39	34,5	54,9
Con un gran grado	37	32,7	87,6
Con un grado muy alto	14	12,4	100
Total	113	100	

El último de los factores del cuestionario de ambiente grupal de trabajo, tal y como aparece reflejado en la Tabla 31, es el factor 4 «satisfacción laboral», compuesto por los ítems 4, 5 y 12:

- En el ítem 4 'desarrollamos nuestras habilidades y conocimientos' se observa cómo más de un 80% de los encuestados considera que desarrollan sus habilidades y conocimientos dentro del trabajo (un 33,6% con un gran grado, un 31% con un grado moderado y un 16,8% con un grado muy alto).
- En el ítem 5 'sentimos que nuestro trabajo es importante', se observa cómo casi el 90% de los encuestados siente que el trabajo que realizan es importante (37,2% con un grado importante, 30,1% con un gran grado y 20,4% con un grado moderado).
- Por último, el ítem 12 'tenemos claro qué se espera de nuestro trabajo' presenta valores positivos, ya que casi un 80% de los encuestados considera que tiene claro qué se espera del trabajo que realizan (34,5% con un grado moderado, 32,7% con un gran grado y 12,4% con un grado muy alto).

Como valoración general de este último factor «satisfacción laboral» se puede considerar que, a nivel general, los encuestados consideran que su trabajo es útil; es decir, que pueden desarrollar las habilidades y conocimientos en el quehacer diario, del mismo modo que consideran que el trabajo que realizan es importante, y saben o tienen claro qué es lo que se espera del trabajo que realizan.

6.2. Análisis cualitativo: contenido del ambiente grupal de trabajo.

Objetivo

En esta fase de la presente tesis doctoral, se pretende conocer la estructura conceptual latente del 'ambiente grupal de trabajo' expresada a través de la información registrada en entrevistas en profundidad; es decir, se trata de un estudio orientado a la conceptualización (Wolcott, 1992); de tal manera que los resultados obtenidos desde esta perspectiva metodológica mejoren, amplíen y enriquezcan los resultados obtenidos en la fase anterior (en el análisis cuantitativo anteriormente detallado).

Método

A diferencia de la información aportada a través de los datos registrados por el cuestionario 'ambiente grupal de trabajo', desde esta perspectiva metodológica la información aparece en un menor grado de sistematización, por lo que es conveniente que se registre y ordene de tal modo que se pueda realizar los diferentes análisis que se estimen oportunos para llegar a un mayor grado de sistematización de la información, y que esto facilite su comprensión. En este caso concreto, se realizó un análisis de contenido siguiendo la lógica de la Teoría Fundamentada, al tratarse de una técnica que permite realizar inferencias al contexto donde se ha generado la información de manera reproducible y válida (Krippendorff, 1980; Pujadas, 1992; Strauss, 1987).

La Teoría Fundamentada es un método de investigación cualitativa que encuentra sus orígenes en la Escuela de Chicago, en el seno del desarrollo del interaccionismo simbólico a principios del siglo XX (Ritzer, 2007), como alternativa a las teorías dominantes funcionalistas.

Fue desarrollada por Glaser y Strauss (1967), quienes definen y operativizan esta metodología de obtención de conocimiento en su obra 'The discovery of grounded theory', definiéndola como un método para derivar sistemáticamente teorías sobre el comportamiento humano y el mundo social con una base empírica (Kendall, 1999, p. 744).

Glaser indica que es una metodología de análisis en la que, a partir de un registro de datos, se aplica de forma sistemática un conjunto de métodos para generar inductivamente (desde la interacción constante entre el dato y el marco teórico sustantivo) una teoría sustantiva o un conjunto integrado de hipótesis conceptuales sobre el área sustantiva que es el objeto de estudio (Glaser, 1992, p. 30); sin embargo, no existe consenso en cuanto a si puede

ser considerada como método de investigación, metodología o técnica de análisis:

- Como método, puede decirse que la Teoría Fundamentada es un método de investigación en el que la teoría emerge de los datos (Glaser y Strauss, 1967).
- Como metodología, *'es una metodología general para desarrollar teoría a partir de datos que son sistemáticamente capturados y analizados; es una forma de pensar acerca de los datos y poderlos conceptualizar. Aun cuando son muchos los puntos de afinidad en los que la Teoría Fundamentada se identifica con otras aproximaciones de investigación cualitativa, se diferencia de aquéllas por su énfasis en la construcción de la teoría'* (Sandoval, 2007, p. 71).
- Como técnica de análisis, incluye *'...unas directrices analíticas que permiten a los investigadores focalizar su recolección de datos y construir teorías de rango medio a través de sucesivas recolecciones de datos y desarrollos conceptuales'* (Charmaz, 2005, p. 510).

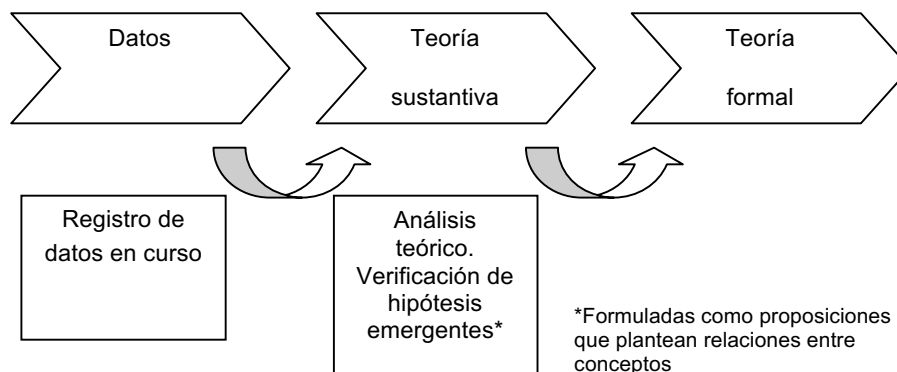
Aunque si bien es cierto que guarda ciertas similitudes con otras aproximaciones de investigación cualitativa, los autores establecen distinciones del método de Análisis Comparativo Constante de otras formas de análisis cualitativo, fundamentalmente en cuanto a lo que se refiere al propósito que pretende alcanzar.

La teoría fundamentada pone especial énfasis en la construcción y el desarrollo de un tipo de teoría que se denomina sustantiva (tipo de construcción teórica obtenido a partir de los datos obtenidos por el investigador sobre un aspecto determinado de la realidad humana o social), en contraposición a la teoría formal (se refiere al desarrollo conceptual de alcance más universal, perteneciente al acervo de conocimientos de los que dispone de una disciplina científica ya constituida mediante los procedimientos de comparación constante). La teoría sustantiva se edificaría en torno a ámbitos muy delimitados de una realidad social sobre los cuales la teoría formal no ha desarrollado una comprensión y una conceptualización específica.

En este sentido, este tipo de teoría posibilita conocer realidades singulares porque se alimenta de los procesos de recolección de datos de la investigación en curso de manera dinámica y abierta, de forma diferente a la de los procedimientos deductivos utilizados por la teoría formal o general cuya finalidad o preocupación última consistiría en verificar y mantener una perspectiva relativamente estática y cerrada por su apego a la generalidad.

Figura 14

Procedimiento de construcción de la Teoría Fundamentada.



La teoría sustantiva es un eslabón estratégico en la formulación y la generación de la teoría formal. El interés principal es el de la construcción de teoría. Dentro de los procedimientos empleados por la Teoría Fundamentada, se utiliza el método de comparación constante, propio de esta alternativa de investigación, que consta de las siguientes etapas: 1) interrogatorio sistemático a través de preguntas generativas, que buscan relación de conceptos; 2) el muestreo teórico; 3) los procedimientos de categorización (codificación) sistemáticos; y 4) el seguimiento de algunos principios destinados a conseguir un desarrollo conceptual sólido (no solamente descriptivo).

Los investigadores utilizan el método de comparación constante con el objeto de crear categorías teóricas a partir de los datos y analizar las relaciones relevantes entre ellas. A partir de los procedimientos analíticos, se construye Teoría Fundamentada en los datos en la que se hacen explícitos los procedimientos del análisis cualitativo; y esto permite desarrollar conceptualizaciones útiles a partir de los datos (descubriendo conceptos, relaciones y organización de los esquemas teóricos explicativos).

Por tanto, fundamentar los conceptos en datos constituye el principal de los objetivos perseguido por la Teoría Fundamentada cuyo procedimiento, a nivel teórico, consistiría en el desarrollo de las siguientes fases:

1) Registro de datos

Esta recogida de información se puede realizar en diferentes formatos, tales como audio, vídeo, imagen o texto.

2) Análisis del dato

Comienza con una pregunta general ¿qué es lo que pasa aquí? ¿Qué es lo que sucede? Se trata de encontrar las características o los atributos de lo que se está buscando. Éstas han de surgir del análisis y no asumirse o imponerse apriorísticamente, ya que los datos determinan los procesos y productos de la investigación y no los marcos teóricos preconcebidos; en este sentido, los procesos analíticos suscitan el descubrimiento y el desarrollo teórico, y no la verificación de las teorías ya conocidas; por ello, se realiza un muestreo en base a lo que emerge de los datos (muestreo teórico) que sirve

para refinar, elaborar y completar las categorías mediante el uso sistemático de los procedimientos analíticos; así se llega a análisis de niveles más abstractos.

En el análisis del dato, y de forma más detallada, se pueden distinguir diferentes momentos:

a) *Codificación abierta*: consiste en encontrar las características o atributos de de estudio (variables).

b) *Familia de códigos*: consiste en descubrir y desarrollar la teoría. No se verifica, sino que se describe mediante el muestreo teórico. Las unidades que van conformando el trabajo de campo se van generando en torno al desarrollo de la investigación. Consiste en la recolección de datos empíricos y análisis realizado por el investigador y dirigido por la teoría que emerge. Este proceso se repite hasta que haya saturación teórica; es decir, cuando ya se hayan encontrado los datos suficientes para desarrollar la teoría.

c) *Muestreo teórico*: este tipo de muestreo permite encontrar categorías en las que poder profundizar para luego orientar el proceso hacia la selección de aquellas unidades y dimensiones que permiten una mayor cantidad y calidad de la información, a través de la saturación y riqueza de los datos, representando un esquema donde se explica el proceso de muestreo teórico y la saturación teórica.

d) *Incidentes*: se definen como cada parte de la unidad de muestreo que pueda ser considerada como analizable separadamente, porque aparece en ella una de las referencias que el indicador considera importante para lograr el objetivo de investigación; es decir, sería aquella porción del contenido que el investigador separa por aparecer allí uno de los símbolos, palabras clave, o temas que considera importantes desde los datos.

Por tanto, consiste en ir codificando los incidentes a través del análisis comparativo constante, desde el inicio de la recogida de datos, y tal y como van apareciendo. Cuando el código ha sido saturado, se elabora e integra en una teoría emergente.

Las posturas analíticas basadas en la Teoría Fundamentada parten de una postura inductiva-deductiva; es decir, la teoría emerge después de recoger los datos y no antes, como puede suceder en las perspectivas puramente deductivas.

e) *Las familias de códigos*: son asociaciones de códigos que tienen relación entre sí por el tema, el proceso, el tiempo, el grado de relación, las causas, o las consecuencias, entre otras. Mediante su agrupación en familias, se facilita el proceso de síntesis e integración de datos en conceptos teóricos. Esto permite desarrollar y generar redes conceptuales que pueden ayudar como anotación teórica en la emergencia de explicaciones teóricas que serán posteriormente integradas en la teoría formal.

Este proceso no es cerrado; permite al investigador descubrir nuevas familias de códigos o reinterpretar las ya existentes. Es totalmente arbitrario y debe ser el investigador quien decida usar libremente las ya existentes o

generar nuevas familias, con el fin de provocar mayor sensibilidad del análisis. Proporciona un marco teórico para analizar las causas, las condiciones y las consecuencias de las acciones dentro de un contexto específico.

f) *Los metacódigos*: en el método de comparación constante, de carácter inductivo, se comparan los códigos una y otra vez (clasificación obtenida) con la referencia bibliográfica (marco teórico sustantivo interpretativo que aparece en la literatura); es decir, una vez codificada la información, se integra en el proceso posterior de la comparación.

En este sentido, las categorías se generan de manera inductiva con una comparación simultánea de todos los incidentes sociales observados. A medida que un fenómeno social se registra y clasifica, asignándole una categoría o clase, también se compara con los ya clasificados dentro de la misma categoría. Posteriormente, se comparan las incidencias con las propiedades de la categoría descubriendo las relaciones; la generalización de hipótesis con el análisis de las observaciones iniciales.

El descubrimiento de las relaciones o generación de hipótesis comienza con el análisis de datos y realimentan constantemente el proceso de categorización. Los nuevos eventos son comparados continuamente con los anteriores, permitiendo descubrir nuevas dimensiones tipológicas así como nuevas relaciones.

En este sentido, en este procedimiento, el investigador codifica y analiza simultáneamente los datos con el fin de desarrollar conceptos, comparando continuamente los incidentes específicos de los datos, identificando sus propiedades, explorando las relaciones de unos con otros e integrándolos en una categoría coherente.

El método de comparación constante pretende generar teoría a partir del análisis comparativo y sistemático de los incidentes. Este método integra los resultados del muestreo teórico y de la saturación teórica para la generación de teoría. Parte de la combinación del procedimiento de codificación propio del análisis de contenido y de la hipótesis de teoría característica de la inspección; es decir, no se trata de una prueba de hipótesis, sino que tiene por objeto generar categorías conceptuales y propiedades a partir de las semejanzas y diferencias del análisis de los incidentes contenidos en los datos. En definitiva, lo que se persigue es hallar regularidades en torno a los procesos sociales.

La diferencia entre el uso de categorías y códigos radica en que las categorías corresponden a los códigos sustantivos adscritos a un incidente, empleándose en la explicación teórica, mientras que el código propiamente dicho es una combinación de elementos que tiene un determinado valor en un determinado sistema de categorías, 'sistema de signos y reglas', que permite formular y comprender el discurso que suele hacer referencia a los códigos teóricos asociados a un nivel de abstracción mayor que las categorías por su proximidad al concepto. Existen ciertas categorías que, por su centralidad, representan códigos teóricos; explican mayor variabilidad de los datos. Glasser y Strauss (1967) las denominan categorías centrales, En este caso concreto, 'ambiente grupal de trabajo' correspondería a una categoría central.

Los códigos pueden ser categorías conceptuales cuando se han desarrollado analíticamente y el investigador las define delimitando sus propiedades, explicando sus causas y estableciendo las condiciones en que intervienen. Los códigos en vivo se generan directamente del lenguaje sustantivo, de los datos en bruto que corresponden a incidentes (cotas). Suelen hacer mención a aquellos comportamientos y procesos que explican o ayudan a entender el objeto de estudio. Los datos se fragmentan directamente cuando se extraen los códigos en vivo, pudiendo algunos de ellos emerger con posterioridad como códigos teóricos.

Los constructos son códigos formulados desde el conocimiento. Estas categorías se basan, por una parte, en la combinación de conocimiento científico y, por otra parte, en constatación en los datos propios de la investigación. Los constructos (metacódigos) contienen mayor significado sustantivo que las familias de códigos y los códigos; y tienen mayor alcance para poder realizar interpretaciones, al ir más allá de la mera descripción de los significados concretos. Las características que definen a cada uno de estos tipos de códigos (in vivo y constructos) son la imaginación y la habilidad analítica: la imaginación (propia de los códigos en vivo) implica contar con códigos con un gran significado, posibilitando que la escritura no contenga demasiadas ilustraciones y, a su vez, tengan mucha significación interpretativa en el área sustantiva; la habilidad analítica (propia de los constructos) permite relacionar la categoría con otros códigos de significado similar, permitiendo integrar la explicación de la teoría emergente, ya que se han construido a partir de una clara significación y tienen la abstracción necesaria para trascender a los datos y poder ir más allá de los acontecimientos que ocurren.

g) Comparación de incidentes y su categorización: comparando incidente a incidente, asignando tantas categorías como sea necesario, la codificación consiste en señalar aquellas categorías que van apareciendo de los datos brutos, anotándolos al margen del incidente asignado. Los incidentes se pueden comparar con incidentes previos a varios niveles: en la misma categoría del mismo grupo, o en la misma categoría con otros grupos o subgrupos distintos.

h) Integración de categorías y propiedades: del proceso de comparación, surge una gama de categorías y propiedades inconexas que en esta etapa se integran para formar el núcleo de la teoría emergente. Es aquí cuando la teoría emerge por sí misma dependiendo de si los datos se han recogido según los principios del muestreo teórico y de que este proceso se haya realizado al mismo tiempo que los datos son analizados. Las preguntas van a guiar la recogida y el análisis de datos, permitiendo la saturación teórica para dar sentido y orden al sistema de categorías.

i) Conceptualización teórica y reducción de la teoría: se produce cuando se realiza la lista original de categorías que dan forma a la teoría que va emergiendo buscando explicaciones. Esto hace posible que la codificación sea focalizada y selectiva. La conceptualización a partir de la teoría sustantiva se caracteriza por cuatro elementos: clarificación de la lógica, desprecio de las propiedades no relevantes de las categorías, integración de los detalles en los

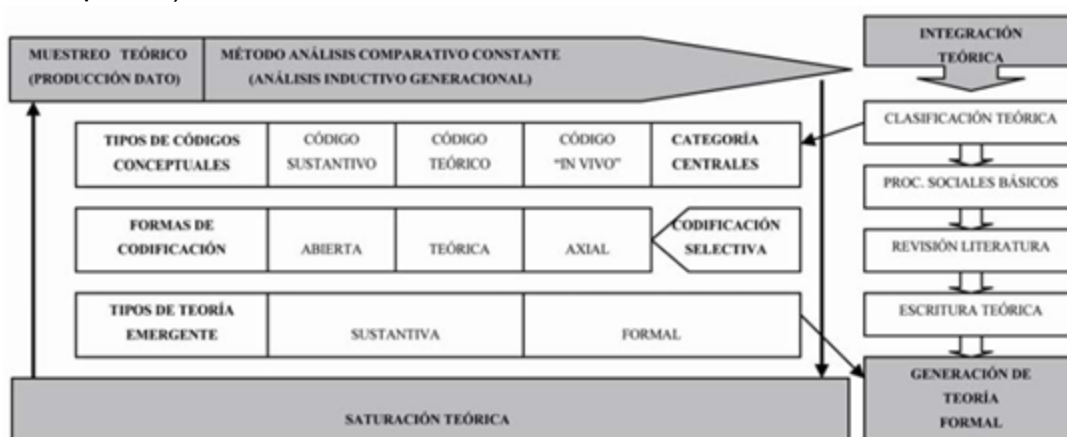
esquemas principales de categorías interrelacionadas, y reducción del conjunto de categorías, propiedades e hipótesis.

3) Escritura de los resultados

El investigador necesita recoger sus anotaciones para clasificarlas, volver de nuevo a los datos, y codificarlos para proponer ilustraciones o ejemplos de los diferentes procesos o categorías. Se pretende por tanto plasmar por escrito una serie de ideas que provienen de la clasificación teórica.

Figura 15

Componentes Básicos de la Teoría Fundamentada, adaptado de Carrero (1998, p. 260).



Participantes

En esta parte de la investigación, la población potencial es todo el personal tanto facultativo (personal médico y enfermería) como no facultativo (auxiliares de enfermería, celadores, personal administrativo y de seguridad) pertenecientes al servicio de cuidados críticos y urgencias del hospital objeto de estudio de esta investigación.

La participación fue voluntaria. Se realizaron 18 entrevistas en profundidad a los distintos 'informantes clave', realizando un muestreo intensivo a los profesionales expertos. La selección de los mismos vino dada por el tiempo de experiencia laboral en el servicio; es decir, de tres años o más trabajando en el servicio de cuidados críticos y urgencias.

Finalmente, fueron seis los entrevistados seleccionados (ver Anexo V) para su posterior análisis teniendo en cuenta dos criterios: (a) se incluyeron aquellas entrevistas que mayor información aportaban en cuanto a la riqueza de datos y volumen de información y (b) se excluyeron aquellas entrevistas cuyo contenido temático era recurrente y no aportaba información novedosa. En concreto, participaron cuatro profesionales médicos y tres profesionales de enfermería.

Instrumentos

Para el registro de los datos, se utilizó una grabadora de audio digital con la que se grabó la información de cada una de las entrevistas en profundidad realizadas. Las variables de estudio de las que se partían inicialmente eran las siguientes: (a) funcionamiento del servicio, (b) organización, (c) satisfacción laboral, (d) necesidades del servicio, (e) necesidades del servicio, (f) comunicación, (g) rendimiento y productividad, (h) relación con la autoridad, (i) conflictos y resoluciones del mismo, y (j) innovación y formación continua. Para la transcripción de las entrevistas a documento de texto se utilizó el software Express Scribe (v.2.0) y para el análisis de contenido y el tratamiento de los datos se utilizó el Software Atlas.ti (v.5).

Procedimientos

Mediante la elección de ‘informantes clave’, se realizaron entrevistas en profundidad lo menos estructuradas posibles, de cara a que sea el propio interlocutor el que aporte la información ‘más relevante’ a su parecer, como buen conocedor y /o experto del funcionamiento de su ‘ambiente grupal de trabajo’. La información obtenida en este proceso se halla contenida en la biografía de ese interlocutor, entendida como el conjunto de representaciones asociadas a los acontecimientos vividos por el entrevistado. En este proceso de obtención de información mediante la entrevista, el “individuo se experimenta a sí mismo como tal no directamente, sino indirectamente en función del otro generalizado” (Mead, 1972, p. 68); i.e., desde el conjunto de puntos de vista particulares de otros individuos miembros del mismo grupo, o desde el punto de vista generalizado del grupo social al que pertenece (Alonso y Garcimartín, 2011). Una vez registradas las entrevistas en soporte digital, se transcriben intentando ser lo más literal posible y se pasan a documento de texto.

Se realiza un análisis de contenido de los textos obtenidos del material documental escrito transformado de las entrevistas verbales, grabadas mediante soporte digital (ver Anexo V), siguiendo el procedimiento propuesto por Glaser y Strauss (1967), Strauss (1987), y Strauss y Corbin (1998) que plantean un tipo de investigación centrada en los procesos donde, para la construcción del conocimiento, el procedimiento seguido es inductivo-deductivo: va desde la identificación de los significados más concretos que encierran menor volumen de información (es decir, el dato), hasta la producción de conceptos y categorías más complejas que aglutinan contenido e información relativo a los principales componentes del “ambiente grupal de trabajo”. Este procedimiento puede concretarse en las siguientes fases:

- 1) Se realizan entrevistas en profundidad lo menos directivas posibles con el objeto de que sea el propio entrevistado el que muestre el contenido más relevante respecto a los principales elementos que se desarrollan dentro de su grupo de trabajo; para ello, se le da unas pequeñas instrucciones al inicio de la entrevista en donde se le explica la finalidad de las realizaciones de las entrevistas.

- 2) Se registra la información mediante una grabadora de audio (formato digital) para posteriormente, mediante un programa especializado en la transcripción de audio a texto, poder transformar la información registrada de audio a formato de texto.
- 3) Una vez se tiene la información en formato de texto, se realiza un análisis del contenido aportado por los entrevistados, siguiendo los siguientes pasos:
 - a. Sentido, significación e identificación de los conceptos latentes (separación en unidades mínimas de significado); lectura comprensiva del texto, fragmentando el texto en unidades mínimas de significado a la que denominamos 'cotas'. Esta primera clasificación atiende a criterios ortográfico-semánticos: ortográficos en el sentido en que la unidad seleccionada son párrafos o frases que componen las diferentes proposiciones del texto; y semántico ya que se dividen en función de que contengan algún significado específico. Con este proceso de fragmentación del texto, subyace en el investigador la pregunta: ¿qué elementos distintivos se pueden diferenciar en cada una de las frases que aparecen en el texto?
 - b. Codificación abierta: identificación de los procesos (identificación y clasificación de las unidades, categorización y codificación). Una vez se tienen clasificadas las unidades mínimas de significado, el siguiente de los procedimientos es la asignación de códigos a cotas en función del contenido de cada uno de los significados encontrados; es decir, en este apartado el investigador intenta responder a la pregunta: ¿de qué está hablando el texto? Para ello se tiene en cuenta la similitud de los significados encontrados en cada una de las cotas en cuanto al contenido, y se agrupan en 'códigos' que serían conceptos que aparecen latentes en el texto.
 - c. Reducción y reagrupación de códigos, e integración de categorías y sus propiedades (reducción y agrupamiento de la información). Una vez se identifican todos los elementos conceptuales latentes en el texto, la siguiente de las tareas consistiría en intentar identificar la temática común que comparten estos códigos. Para ello, se trata de identificar los diferentes universos conceptuales latentes en el texto: mediante saturación de temática, se reagrupan los códigos en unas nuevas categorías, 'familia de códigos', que aglutinan las diferentes temáticas encontradas dentro del texto.
 - d. Organización de la información (mediante matriz de categorías). A partir de este momento comenzaría el procedimiento deductivo de esta parte de la investigación, que consistiría en ir al marco teórico referencial 'ambiente grupal de trabajo' (sacado de las referencias teóricas del cuestionario de ambiente grupal de trabajo y de la parte teórica de la presente tesis doctoral), e intentar identificar las principales temáticas encontradas en el texto con los principales componentes del ambiente grupal de trabajo que aparecen en la literatura (metacódigos); por ello, a este procedimiento de conocimiento se le llama Teoría Fundamentada: porque parte de un

procedimiento inductivo de explotación de datos y llega a una teoría fundamentada apoyada y contrastada por la literatura existente.

- 4) Una vez se realiza el análisis de contenido se presentan los resultados, organizando la información de manera que sea comprensible para el lector del documento presentado.

En resumen, el proceso de la investigación cualitativa es no lineal y se puede concretar en las siguientes fases: 1) recogida de datos, 2) reducción de datos, 3) extracción de información y 4) contrastación de conclusiones.

6.2.1. Principales componentes del ‘ambiente grupal de trabajo’ (análisis de los procesos grupales).

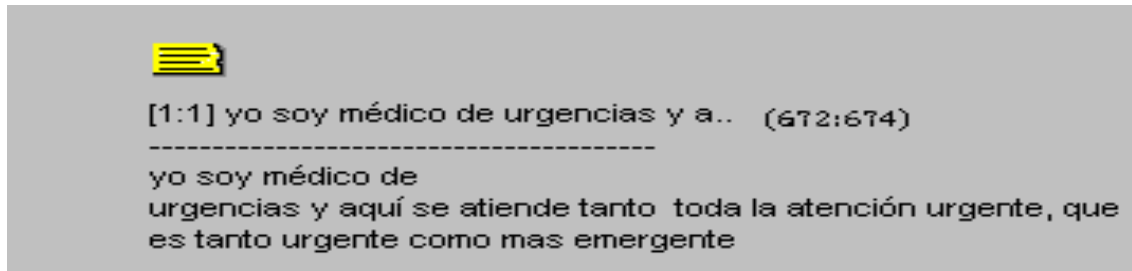
6.2.1.1. Sentido, significación e identificación de los conceptos latentes.

Todo proceso de análisis de contenido comienza por definir cuál es su objeto de estudio; pues bien, en este caso concreto, el objetivo principal consiste en separar las unidades mínimas de significado, de tal manera que permita la segmentación del texto en elementos singulares (cotas) que resulten relevantes y significativos siguiendo criterios de carácter temático y gramatical; es decir, temático porque trataría de encontrar segmentos dentro de la conversación que hablan del mismo tema y gramatical porque se consideran las proposiciones (oraciones y párrafos) como unidades básicas del texto con sentido completo sobre un mismo tema.

A modo de ejemplo, en la Figura 16 se muestra el primero de los ‘quotations’ (cotas) del texto «1:1 yo soy médico de urgencias y a... (672:674)» Donde ‘1:1’ representaría el documento primario ‘1’ cota ‘1’; es decir, sería el número de identificación de la cota, ‘yo soy médico de urgencias y a...’ representaría un resumen de la unidad proposicional (oración o párrafo completo) de la cota; es decir, la cita; y el código 672:674 detallaría la ubicación y/o coordenadas de dónde se ubica la oración o párrafo seleccionado dentro del texto objeto de análisis; en este caso estaría ubicado entre las líneas 672 a 674 (para más información ver Anexo VI).

Figura 16

Ejemplo de acotación de significados 'quotation'



Una vez que se identifican las unidades mínimas de análisis, se filtra todo el documento de trabajo de tal manera que quede totalmente fragmentado.

En total tal y como se muestra en la Tabla 32, aparecen 581 cotas en los documentos de trabajo (que en este caso son las transcripciones de las 8 entrevistas en profundidad).

Tabla 32
Listado actual de cotas filtrando todos los documentos de trabajo.

1:1 yo soy médico de urgencias y a... (672:674)	1:292 el espacio es importantísimo s... (932:936)
1:2 siempre que me comparen, que n... (11:12)	1:293 la consulta 4 tendrá 2 por 2 m... (937:938)
1:3 entonces ya podrás más o menos... (15:16)	1:294 la consulta 4 tendrá 2 por 2 m... (937:941)
1:4 llevo trabajando en el servici... (24:24)	1:295 ampliaron la observación porqu... (941:943)
1:5 empecé a trabajar como me prop... (26:27)	1:296 de enfermería sí ha aumentado... (944:945)
1:6 tenía varios compañeros dentro... (28:28)	1:297 Hay gente que está bien prepar... (947:948)
1:7 pues me convencieron (29:29)	1:298 la gente normalmente se involu... (948:949)
1:8 algo más de 4 años... (24:25)	1:299 yo creo que funciona porque lo... (949:952)
1:9 es un trabajo muy distinto yo... (29:32)	1:300 es el Jefe de todo o sea que n... (953:955)
1:10 tiene unas peculiaridades muy... (33:33)	1:301 que yo creo que la gente se in... (955:956)
1:11 trabajas en la calle con muchí... (34:35)	1:302 yo mejoraría por ejemplo el pe... (958:960)
1:12 aparte de lo sanitario la asis... (35:37)	1:303 y la formación y eso... la ver... (961:962)
1:13 manejar el ambiente, o tratar... (37:39)	1:304 yo hoy estoy saliente de guard... (964:965)
1:14 en el hospital tiene en urgenc... (39:42)	1:305 si tú vienes a hacer aquí un c... (966:968)
1:15 me convencieron un poco los co... (43:44)	1:306 yo pertenezco a una... a ver c... (968:971)
1:16 la verdad que el equipo lo mej... (44:45)	1:307 después tú no puedes pedir per... (972:976)
1:17 el ambiente es excelente (45:45)	1:308 las sesiones clínicas son muy... (976:977)
1:18 todos nos conocíamos previamen... (46:46)	1:309 entran a las 5 por la mañana y... (977:977)
1:19 pues fue el principal motivo p... (46:47)	1:310 los demás están libres entonce... (978:980)
1:20 porque estaban ellos y a nivel... (47:48)	1:311 te han dejado el día libre bus... (983:987)
1:21 todos los equipos móviles trab... (49:50)	1:312 el mayor defecto que yo le veo... (987:989)
1:22 entonces estas en la calle est... (56:56)	1:313 médicos de actuación, vamos, s... (989:992)
1:23 muy concentrado porque si no a... (58:59)	1:314 lleva 19 años que llevo yo aqu... (993:994)
1:24 las funciones son las asistenci... (61:62)	1:315 no sé qué pensarán el resto pe... (994:996)
1:25 las funciones son las asistenc... (61:62)	1:316 claro tu coges un relevo de un... (997:1000)
1:26 con el equipo móvil tenemos as... (62:65)	1:317 y además con unos protocolos e... (1000:1002)
1:27 tanto vía pública todos los do... (65:66)	1:318 ahora desconfían... yo he nota... (1005:1008)
1:28 Es la función que hacemos la a... (71:72)	1:319 han cambiado los pacientes aho... (1009:1013)
1:29 en el equipo vamos un médico y... (77:81)	1:320 te exigen una resonancia de to... (1013:1020)
1:30 el equipo es el mismo (81:81)	1:321 hombre yo llevo aquí muchos añ... (1020:1022)
1:31 siempre trabajamos el mismo en... (81:82)	1:322 yo creo que sí, creo; será por... (1022:1029)
1:32 lo componemos en total el aquí... (82:84)	1:323 yo pienso que lo fundamental e... (1032:1033)

-
- 1:33 hacemos guardias de 24 horas (85:85)
 1:34 n un principio el plan andaluz... (86:89)
 1:35 en teoría la emergencia es la... (89:91)
 1:36 la urgencia en lo demás no per... (91:93)
 1:37 la emergencia va al 061 con lo... (94:95)
 1:38 el plan andaluz de urgencias e... (87:89)
 1:39 esto lo filtra un centro coord... (96:96)
 1:40 en cada provincia hay un centro... (97:101)
 1:41 hay gente que exagera síntomas... (101:103)
 1:42 hay gente que exagera síntomas... (101:103)
 1:43 el que filtra establece si es... (104:105)
 1:44 nosotros vamos a patologías qu... (105:107)
 1:45 o en todos los casos en el que... (107:109)
 1:46 la emergencia más o menos está... (109:111)
 1:47 porque el equipo está ocupado... (111:111)
 1:48 nos pasa bastante porque el 06... (112:113)
 1:49 los números se disparan y aquí... (116:116)
 1:50 trabajadores que no están cens... (117:118)
 1:51 hay mucha demanda y muchísimas... (123:125)
 1:52 las urgencias, pues, todas porqu... (128:129)
 1:53 las urgencias, pues, todas porqu... (128:130)
 1:54 cubrimos fundamentalmente las... (131:132)
 1:55 hay muchos pacientes que no so... (133:134)
 1:56 veo muchos ancianos (134:134)
 1:57 pacientes encamados incapacita... (135:135)
 1:58 pacientes oncológicos con cuid... (135:136)
 1:59 son pacientes que, aunque en te... (137:139)
 1:60 luego depende de cómo te lo cu... (142:143)
 1:61 muchas veces, el paciente da la... (143:144)
 1:62 si el paciente insiste en que... (145:146)
 1:63 si el paciente se empeña en qu... (146:148)
 1:64 te requiere directamente nos m... (149:152)
 1:65 vamos a ver, lo asistencial está... (154:155)
 1:66 protocolos de asistenciales ma... (156:158)
 1:67 están establecidos a nivel ins... (159:161)
 1:68 de tu preparación, de tu estudi... (161:162)
 1:69 luego lo que es a través de la... (163:164)
 1:70 la formación continuada es la... (165:166)
- 1:324 que sepa lo que le pasa a la g... (1034:1035)
 1:325 pasa como un meteoro porque si... (1035:1039)
 1:326 por ejemplo las guardias, los... (1039:1040)
 1:327 jefe, protocolos y personal qu... (1041:1045)
 1:328 porque si se trabaja ordenada m... (1045:1051)
 1:329 pero si llega y, ah, bueno, pues... (1051:1055)
 1:330 Sobre todo con los niños, buen... (1055:1058)
 1:331 la relación con la primaria qu... (1059:1062)
 1:332 la verdad que esto ha estado m... (1063:1066)
 1:333 esto está muy limitado de cama... (1067:1071)
 1:334 la gente de aquí es violentill... (1071:1071)
 1:335 a mí me gusta la urgencia; yo n... (1072:1075)
 1:336 hombre, yo cuando empecé aquí... (1076:1077)
 1:337 la gente era mejor, la gente t... (1080:1082)
 1:338 quieren que le solucionen los... (1083:1086)
 1:339 ahí el paciente llega, bueno, s... (1089:1093)
 1:340 los protocolos también de tria... (1094:1100)
 1:341 no puedes priorizar muy bien... (1099:1100)
 1:342 hay 4 consulta y dos ATS con l... (1100:1102)
 1:343 yo creo que sería beneficioso... (1102:1105)
 1:344 a la hora de desayunar o de me... (1106:1109)
 1:345 bueno, yo soy especialista en m... (1123:1125)
 1:346 ¿dentro del hospital? y eso... (1125:1131)
 1:347 aquí llevo pues 9 o 10 meses... (1132:1136)
 1:348 muchísimas, eh, los enfermos s... (1139:1141)
 1:349 a nivel de motivación, la prim... (1141:1144)
 1:350 me considero una persona con r... (1151:1157)
 1:351 el problema... aquí hay un pro... (1157:1161)
 1:352 hay gente que quiere que esto... (1161:1164)
 1:353 hombre, aunque yo pienso que es... (1166:1172)
 1:354 en cuanto a la organización, to... (1173:1175)
 1:355 fórmulas para intentar arregla... (1176:1179)
 1:356 incentivar a la gente que quier... (1180:1180)
 1:357 ponerles medios a su disposici... (1181:1181)
 1:358 es más difícil supongo que ser... (1182:1184)
 1:359 porque una cosa que funciona m... (1185:1186)
 1:360 sí, bueno pues yo soy responsa... (1717:1722)
 1:361 Sí que garantizo la informació... (1723:1725)
-

-
- 1:71 anualmente dentro del plan and... (167:169)
1:72 es el centro de formación de l... (169:173)
1:73 si solicitarlo en un principio... (174:175)
1:74 luego en otro problema de acce... (177:179)
1:75 no te cubren ni dietas ni desp... (179:180)
1:76 el curso es lo gratuito, enton... (180:182)
1:77 el año pasado nos hacían firma... (183:185)
1:78 ya hubo alguna vez que te acep... (185:186)
1:79 si encima te vas 24 horas tres... (187:191)
1:80 entonces, eso sí esa accesibili... (191:192)
1:81 lo que es dietas y desplazamie... (193:194)
1:82 por ejemplo el ultimo que yo h... (197:200)
1:83 estar allí toda la mañana sent... (201:205)
1:84 vale menos el día de mi sustit... (205:207)
1:85 la formación continuada funcio... (208:208)
1:86 luego a nivel interno sí se ha... (208:209)
1:87 a nivel interno sí se ha organ... (208:210)
1:88 Yo ya lo hice en su momento y... (212:215)
1:89 actualmente, nuestro coordinado... (216:216)
1:90 nuestro coordinador dimitió (217:217)
1:91 aparte de su buena voluntad y... (219:220)
1:92 Te tirabas 5 o 6 meses sin ver... (221:223)
1:93 nosotros tenemos una diferenc... (223:225)
1:94 no tenemos enfermería, no tene... (225:229)
1:95 si hay un auxiliar del centro... (229:232)
1:96 Sí, pero no coincidimos en el t... (234:236)
1:97 tu entras a las 9 y el otro se... (236:236)
1:98 yo hay compañero que dudo que... (237:239)
1:99 Yo... algún compañero de salie... (239:241)
1:100 con uno porque tengo una relac... (241:242)
1:101 con uno porque tengo una relac... (241:242)
1:102 yo creo que tú eres una invenc... (243:244)
1:103 y a los demás compañeros tampo... (244:245)
1:104 el horario no se solapa, o sea... (245:247)
1:105 entonces los que nos hablamos... (247:248)
1:106 yo a lo mejor me quedo una hor... (248:251)
1:107 después de 4 años y pico vi po... (252:253)
1:108 que me creía que no existía (254:254)
- 1:362 si puntualmente yo acuerdo con... (1726:1729)
1:363 bueno el servicio veo en gener... (1732:1734)
1:364 hay más personal de apoyo en l... (1735:1739)
1:365 hay muchísima demanda asistenc... (1742:1742)
1:366 entre las 23 de la noche y las... (1743:1746)
1:367 el tema de observación pues to... (1746:1751)
1:368 existe un problema importante... (1747:1751)
1:369 con lo cual queda ahí una espe... (1751:1754)
1:370 veo que también en ese aspecto... (1754:1755)
1:371 en el acceso de los familiares... (1756:1757)
1:372 familiares que invaden el área... (1752:1757)
1:373 quizás en otros hospitales ves... (1757:1758)
1:374 as horas de visita las tenemos... (1758:1761)
1:375 dificulta nuestra labor que yo... (1761:1765)
1:376 tú ves enfermos que están desn... (1765:1767)
1:377 se piensa más en el familiar q... (1767:1768)
1:378 debería de pensarse más en el... (1768:1769)
1:379 El proceso hasta que se encama... (1772:1773)
1:380 tengo entendido por lo que me... (1774:1777)
1:381 por la mañana no suelen bajar... (1775:1779)
1:382 tengo entendido por lo que me... (1774:1776)
1:383 también es verdad que el jefe... (1782:1783)
1:384 realmente se ha incorporado y... (1783:1786)
1:385 yo espero que ahora pues esto... (1787:1789)
1:386 arriba también es verdad que f... (1791:1792)
1:387 tienes que sacrificar otros se... (1792:1795)
1:388 Y claro... arriba también es v... (1791:1795)
1:389 entonces con la nueva medicina... (1796:1798)
1:390 dentro del servicio de urgenci... (1800:1802)
1:391 si yo tengo alguna duda o algú... (1802:1804)
1:392 no tengo yo problemas personal... (1807:1807)
1:393 propondría un médico en... (1810:1813)
1:394 seguridad afortunadamente no e... (1814:1816)
1:395 existe cierta resistencia a ac... (1817:1818)
1:396 habría también que garantizar... (1818:1821)
1:397 el acceso y un refuerzo que ha... (1821:1824)
1:398 hoy el día el paciente es mas... (1826:1830)
1:399 si se agiliza el paso del enfe... (1830:1832)
-

-
- 1:109 no tenemos contacto ninguno ni... (255:255)
1:110 hay compañeros que no he visto... (256:258)
1:111 Y los compañeros los demás que... (258:260)
1:112 se ha ido y nosotros decíamos... (265:267)
1:113 la última vez que la vi por ej... (268:270)
1:114 la última vez que la vi por ej... (268:272)
1:115 ahora es muy bien, muy bien (272:272)
1:116 prácticamente todas las semanas... (273:274)
1:117 si fuera un domingo para cualq... (275:277)
1:118 mucho de mi trabajo es asisten... (278:279)
1:119 si igual viene alguien a verme... (279:280)
1:120 empezamos a hablar y dentro de... (280:283)
1:121 a nivel particular mío muy bie... (285:288)
1:122 los otros cargos eran purament... (288:291)
1:123 como que la administración pue... (291:292)
1:124 y ahora yo soy un servicio de... (292:295)
1:125 no genero mi demanda (295:296)
1:126 en urgencias no se pueden medi... (296:299)
1:127 es para situaciones patológica... (299:303)
1:128 cubres una o dos en una hora p... (306:306)
1:129 entonces... aparte si la asist... (306:309)
1:130 tendrá más calidad si le puedo... (309:311)
1:131 la calidad seria lo contrario... (307:311)
1:132 tenemos alguien que no.... que... (313:314)
1:133 Lo que pasa hombre es que tene... (315:317)
1:134 Todo lo déficit los que son de... (321:323)
1:135 nos ponemos las tareas y vicev... (325:328)
1:136 mejoraría un poco lo que es la... (332:332)
1:137 nosotros no tenemos ningún tip... (333:334)
1:138 una hora de solape para reunio... (337:339)
1:139 por lo menos se ven y tienen u... (339:341)
1:140 por lo menos se ven y tienen u... (339:342)
1:141 como si te hacen de trabajar d... (344:345)
1:142 se nos pide en ese aspecto bue... (346:350)
1:143 la disposición de nuestro tiem... (350:352)
1:144 pero nuestro horario lo que pa... (355:358)
1:145 yo lo hago todo, en un centro... (358:362)
1:146 mis funciones las destinen com... (365:371)
- 1:400 he leído hace poco sobre las c... (1832:1835)
1:401 pues es posible que sea una po... (1836:1838)
1:402 tiene mucho que ver el cómo... (1838:1841)
1:403 yo creo que se ha atenuado un... (1843:1845)
1:404 yo no manejo el tema de las re... (1845:1851)
1:405 los protocolos no se estudian... (1853:1858)
1:406 pero sí está claro que hace fa... (1858:1860)
1:407 creo que deberíamos elaborar p... (1861:1863)
1:408 actualmente reuniones de sesió... (1864:1864)
1:409 y eso es un problema debería h... (1864:1866)
1:410 bueno yo te digo que estoy poc... (1869:1871)
1:411....yo creo que existe más con... (1872:1873)
1:412 es una persona que se está inv... (1873:1874)
1:413 creo que está haciendo lo mejo... (1875:1876)
1:414 Y pero claro yo no sé hasta qu... (1876:1877)
1:415 no existe inexistente cero, ce.. (1879:1880)
1:416 veo que ha cambiado algo, que... (1880:1883)
1:417 antes comente que me sentía va... (1883:1886)
1:418.... antes comenté que me sentí... (1883:1887)
1:419 en el sentido de que no... Que... (1887:1888)
1:420 no se crean dinámicas o sea no... (1888:1891)
1:421 la seguridad sobre todo la seg... (1896:1899)
1:422 falta de educación esa falta d... (1899:1904)
1:423 si claro evidentemente, pero va... (1904:1908)
1:424 luego esta otra gente vamos co... (1186:1188)
1:425 yo pienso que tal como está, q... (1189:1190)
1:426 te encuentras con muchas, pero... (1192:1197)
1:427 yo es que cuando hablo así de... (1201:1205)
1:428 yo cuando he trabajado con gen... (1205:1209)
1:429 si estas para dirigir un poqui... (1209:1213)
1:430 porque he coincidido con profe... (1213:1214)
1:431 aquí falta un poquito la menta... (1215:1216)
1:432 el Madrid es el Madrid pero co... (1217:1219)
1:433 hay reuniones lo que pasa es q... (1221:1223)
1:434 tu pues se te pueden tener muc... (1223:1225)
1:435 un equipo son varios y entonc... (1225:1229)
1:436 yo no sé si es que no se nos a... (1229:1231)
1:437 yo la verdad me encuentro moti... (1231:1233)
-

-
- 1:147 no solapa con nada con los com... (371:373)
 1:148 en otros sitios sí que me cons... (373:376)
 1:149 es que al día siguiente te lo... (376:379)
 1:150 van a su bola y van cargados... (379:381)
 1:151 entonces como no funcione o fu... (382:384)
 1:152 nosotros muy bien, muy bien, p... (384:387)
 1:153 distinto es cuando viene perso... (388:390)
 1:154 no tiene una disposición lógic... (391:394)
 1:155 no tiene una disposición lógic... (391:394)
 1:156 estas en el domicilio o en alg... (394:397)
 1:157 yo necesito que mis enfermeros... (397:401)
 1:158 la cualificación del personal... (401:402)
 1:159 muy buena muy buena yo con mi... (404:410)
 1:160 si no sería imposible que func... (410:414)
 1:161 fue a nivel interno por lo meno... (414:417)
 1:162 tema de la formación pues si e... (418:421)
 1:163 yo voy al curso un día libre p... (424:429)
 1:164 tengo que pagar gasolina., la... (430:431)
 1:165..... Muchas veces dices el saba... (434:435)
 1:166 pues entonces es algo que tamb... (435:437)
 1:167 como nosotros a expensas de un... (440:441)
 1:168 muchísimas veces se pasa por l... (444:446)
 1:169 por lo menos una vez a la sema... (446:448)
 1:170 cuando tenemos problemas y eso... (448:450)
 1:171 por lo menos hablamos que meno... (451:453)
 1:172 nosotros trabajamos bien o mal... (453:454)
 1:173 llevamos 6 meses sin ver a un... (454:455)
 1:174 trabajaremos mal, pero yo creo... (455:458)
 1:175 No se nos valora nuestro traba... (458:462)
 1:176 Tienes que reponer de mantener... (464:465)
 1:177 te exigen hacer un trabajo que... (465:467)
 1:178 A nivel de la administración l... (469:471)
 1:179 Muchas veces cuando nos hacen... (471:475)
 1:180 Y no sabes lo que haces ni lo... (475:479)
 1:181 trabajamos solos absolutamente... (480:481)
 1:182 Lo bien o mal que hablen de no... (481:483)
 1:183 es un trabajo muy aislado, tu... (484:485)
 1:184 Y si no te llevas bien con tu... (485:490)
- 1:438 se parte de la base que hay ge... (1233:1233)
 1:439 depende de las personas como n... (1234:1236)
 1:440 se crea cierta tensión eh y bu... (1237:1241)
 1:441 es importante cuidar mucho lo... (1243:1244)
 1:442 pues sensación de , sensación... (1246:1248)
 1:443 gente que no, no ., no se le... (1248:1250)
 1:444 o no quieren estar bien prepar... (1250:1253)
 1:445 A la hora de hablar de determi... (1254:1257)
 1:446 intentar mantener el sistema q... (1259:1267)
 1:447 aquí se... nos comparamos much... (1267:1270)
 1:448 yo no sé cómo trabajan yo sé c... (1271:1272)
 1:449 como hay que trabajar aquí y l... (1272:1275)
 1:450 el centro el centro es antiguo... (1280:1286)
 1:451 la infraestructura es mala ((1287:1287)
 1:452 conforme entra el enfermo por... (1289:1299)
 1:453 Cuando funciona no es malo, no... (1301:1305)
 1:454 hay muchos enfermos que se pas... (1306:1311)
 1:455 o un médico que vaya y lo valo... (1311:1312)
 1:456 o un médico que vaya y lo valo... (1311:1314)
 1:457 actualmente es un paciente dem... (1316:1322)
 1:458 se atienden de una forma más o... (1323:1333)
 1:459 yo personalmente el trato con... (1334:1341)
 1:460 pero es muy importante eso el... (1341:1345)
 1:461 nosotros tenemos por nuestra f... (1351:1355)
 1:462 tenemos nuestras inquietudes y... (1355:1358)
 1:463 pienso yo que lo que es la ins... (1358:1360)
 1:464 sinceramente no lo sé, he vist... (1360:1362)
 1:465 sobre todo a parte independien... (1362:1368)
 1:466 pues muchas veces pues tu si q... (1368:1371)
 1:467 . Sobre todo formación, bueno... (1371:1376)
 1:468 tenemos formaciones distintas,... (1379:1381)
 1:469 entonces hay gente que tiene u... (1381:1389)
 1:470 unificar criterio o sea hacer... (1394:1396)
 1:471 teniendo a la gente formada y... (1397:1399)
 1:472 la gente a mi gusto protesta y... (1399:1402)
 1:473 son un poco, o sea a mi ahora... (1402:1407)
 1:474 yo vengo o sea venir de otro l... (1412:1418)
 1:475 el problema es que aquí como s... (1420:1423)
-

-
- 1:185 Trabajas solo, es como si trab... (492:494)
1:186 Con tu enfermero que es el 100.... (494:497)
1:187 la relación tiene que ser muy... (498:502)
1:188 aunque no surja una situación... (502:503)
1:189 tener confianza en nosotros y... (511:513)
1:190 o hacer mal tu trabajo, aunque... (514:515)
1:191 si tú vas con un enfermero que... (515:518)
1:192 yo entiendo que en nuestro tra... (519:520)
1:193 tu eres el jefe para lo bueno... (522:523)
1:194 tu eres el jefe para lo bueno... (522:528)
1:195 desde intoxicaciones por coca... (529:530)
1:196 cómo vamos a un puticlub porqu... (530:534)
1:197 donde está toda la droga y la... (536:541)
1:198 la última guardia estaba yo a... (546:549)
1:199 el otro día que fuimos a una c... (550:553)
1:200 así sobre todo con los pacient... (556:560)
1:201 luego por agresiones y demás p... (564:565)
1:202 Por agresividad o porque se ha... (565:569)
1:203 hay veces que hemos ido a un s... (569:573)
1:204 El otro día tuvimos un incendi... (576:583)
1:205 tienes que conocer bien tu tra... (583:586)
1:206 aquí cuando te viene un sustit... (585:586)
1:207 no el equipo es abierto nosotr... (587:590)
1:208 el equipo es fijo si nosotros... (590:596)
1:209 no el equipo es abierto nosotr... (587:590)
1:210 entonces tienes que conocer bi... (583:586)
1:211 La chica esta nueva que ha lle... (597:598)
1:212 aparte que es eso que, aunque h... (600:610)
1:213 y se nota y la gente lo pasa m... (613:615)
1:214 o no sé cómo ha dicho de venir... (615:619)
1:215 en la UCI llegas y preguntas o... (620:628)
1:216 hay una serie de consultas ext... (674:678)
1:217 Sería atender la urgencia (678:678)
1:218 los pacientes que solicitan eh... (679:683)
1:219 aquí en este hospital va a hac... (684:685)
1:220 se trabaja con enfermeros con... (686:690)
1:221 pues la verdad es que hay gran... (691:692)
1:222 yo pienso que los recursos hum... (692:694)
1:476 yo pienso que tiene gente que... (1425:1426)
1:477 yo pienso que a partir de esto... (1427:1432)
1:478 yo vamos si estuviera de mi ma... (1434:1435)
1:479 si pero muchas veces las ceniz... (1435:1441)
1:480 no puede ser una misma unidad... (1442:1443)
1:481 Que estamos pues estamos ralen... (1445:1450)
1:482.... los demás pocas cosas boni... (1456:1458)
1:483 pues soy médico y trabajo en e... (1470:1474)
1:484 pues llevo a los enfermos que... (1474:1475)
1:485 cuando en el turno me toca fue... (1475:1476)
1:486 pacientes más graves que estén... (1477:1479)
1:487 pues hice la residencia aquí c... (1479:1483)
1:488.... hombre porque me gusta lo... (1487:1487)
1:489 porque en parte pues hay mucho... (1487:1490)
1:490 eso que muchas veces te supera... (1490:1492)
1:491 cuando estas dentro solo en es... (1492:1495)
1:492 teóricamente deberían de ser p... (1495:1498)
1:493 porque el servicio de urgencia... (1498:1501)
1:494 sabes que cuando hay ese volu... (1502:1508)
1:495 el resto de profesionales, enf... (1510:1510)
1:496 yo personalmente por lo menos... (1511:1515)
1:497 nos conocemos ya además de est... (1516:1519)
1:498 falta gente, pero también es mu... (1523:1525)
1:499 de vez en cuando hay sus cosil... (1525:1528)
1:500 alguna vez con algún compañero... (1531:1537)
1:501 faltan protocolos siempre lo e... (1539:1541)
1:502 una determinada cosa o una det... (1541:1544)
1:503 cuando llega se le hace primer... (1550:1554)
1:504 se nos pregunta muchas veces s... (1554:1558)
1:505 A lo mejor aquí también habría... (1564:1567)
1:506 hay personas que tú dices sí q... (1573:1577)
1:507 el personal médico supongo, el... (1578:1581)
1:508 cuando te llegan pacientes tu... (1583:1588)
1:509 Porque atender a 15 pacientes... (1588:1591)
1:510 Luego hay mucha gente abajo qu... (1591:1594)
1:511 es tiempo perdido porque el pa... (1594:1596)
1:512 a mi sobre todo lo que más me... (1598:1603)
1:513 si no hay un corre que te pill... (1605:1607)
-

-
- 1:223 lo que llamamos la emergencia... (694:695)
 1:224 o que llamamos la emergencia q... (694:698)
 1:225 es complejo, todos los servici... (699:700)
 1:226 y ahora pues se dan circunstan... (700:704)
 1:227 nosotros vamos con... si hay... (50:53)
 1:228 entonces tienes que llevar tre... (53:57)
 1:229 colegios institutos, todo, dom... (67:71)
 1:230 Entonces esa accesibilidad si... (194:196)
 1:231 porque nosotros la buena dispo... (317:321)
 1:232 yo tengo un móvil y ella tiene... (504:508)
 1:233 luego aquí pues también el ser... (706:707)
 1:234 en general, el trabajo habría... (708:710)
 1:235 hay unos profesionales que son... (710:711)
 1:236 pero en algunas partes pues ne... (711:713)
 1:237 estar más pendiente de las nec... (713:714)
 1:238 uno quiere siempre hacia adela... (714:717)
 1:239 es un servicio vivo entonces e... (717:720)
 1:240 probablemente ese sea uno de l... (722:726)
 1:241 yo creo no; la gente no... (728:730)
 1:242 no creo que todo el personal y... (730:734)
 1:243 quizás periódicamente pues los... (737:741)
 1:244 si, si aunque ellos estén regu... (742:747)
 1:245 actualmente la verdad yo creo... (750:754)
 1:246 aquí se está trabajando y se e... (755:761)
 1:247 si a ver socialmente esta la... (765:768)
 1:248 a lo mejor ahí se podría hacer... (769:770)
 1:249 No me refiero porque agredan o... (770:774)
 1:250 gracias a dios se tienen aquí... (774:776)
 1:251 se tienen aquí los medios con... (774:777)
 1:252 mi trabajo sea lo más útil pos... (780:781)
 1:253 que sepas que puedes confiar e... (781:783)
 1:254 que mi trabajo sea lo más útil... (780:781)
 1:255 yo espero que este plan que... (783:786)
 1:256 que la formación se tenga en... (786:786)
 1:257 en cuanto a la infraestructura... (790:793)
 1:258 el funcionamiento de la urgenc... (794:797)
 1:259 el que el poder diferenciar el... (798:801)
 1:260 un filtro previo y ya se redis... (803:808)
- 1:514 o si estas en consulta y ha ha... (1607:1612)
 1:515 no por trabajar no es el traba... (1613:1616)
 1:516 pero si tienes 20 esperándote... (1618:1623)
 1:517 si al llegar lo primero que te... (1625:1628)
 1:518 se piden muchas más pruebas de... (1627:1632)
 1:519 yo intento hacerlo pero sin qu... (1633:1636)
 1:520... no por decir yo soy más, no... (1638:1643)
 1:521.... hoy por ejemplo a mí me gu... (1646:1649)
 1:522 Y cuando ya la familia te dice... (1649:1652)
 1:523 los insultos que te dan, pues... (1653:1654)
 1:524 yo también he estado poquito a... (1656:1659)
 1:525 me cuesta mucho hablar en públ... (1659:1661)
 1:526 Bueno ahora mismo han hecho un... (1663:1664)
 1:527... pero no nos han ampliado... (1664:1664)
 1:528 hay una cuarta consulta abajo... (1665:1668)
 1:529 a mí por lo menos personalmente... (1670:1671)
 1:530 además está al lado de la sala... (1672:1678)
 1:531 Pero si cambiarías cosas, el cu... (1681:1684)
 1:532 tampoco hay tanto curso yo cre... (1686:1688)
 1:533 falta personal entonces si qui... (1688:1690)
 1:534 pues asistenciales básicamente... (1691:1694)
 1:535 Si pues ver enfermos poner tra... (1695:1697)
 1:536 vamos que básicamente es ver e... (1698:1699)
 1:537 nosotros nos reunimos en sesió... (1700:1702)
 1:538 quedamos por la mañana tempran... (1703:1704)
 1:539 nos repartimos los enfermos lo... (1705:1708)
 1:540 la información a la familia qu... (172817:31)
 1:541 si incluso tú estás viendo un... (1734:1737)
 1:542 yo llevo muy poco tiempo aquí... (1739:1740)
 1:543 llevo tres meses u medio casi... (1740:1742)
 1:544 mis últimos meses de residenci... (1743:1744)
 1:545 yo mejoraría la organización s... (1745:1746)
 1:546 si porque falta gente o tu baj... (1747:1750)
 1:547 a mí me gusta que esté más org... (1751:1754)
 1:548 yo creo que tenemos que mejora... (1756:1762)
 1:549 depende también de quien haya... (1762:1766)
 1:550 en la relación con compañeros... (1768:1770)
 1:551 otro problema que tenemos es l... (1772:1774)
-

-
- 1:261 piensas que hay pequeños de tal... (809:811)
1:262 tenemos turnos de distinta rot... (813:815)
1:263 se atiende un volumen importan... (815:816)
1:264 si yo sé en torno hace un par... (818:820)
1:265 hace un par de años el diario... (818:822)
1:266 las funciones normales pues... (856:860)
1:267 la función es atender a todo e... (860:863)
1:268 atender a todo el que venga po... (864:865)
1:269 alguno de nosotros nos gusta... (866:869)
1:270 aquí en este hospital llevo de... (870:874)
1:271 aquí somos todos iguales, norm... (875:878)
1:272 normalmente buena, hay roces p... (880:882)
1:273 urgencias es un sitio que quem... (882:883)
1:274 pero vamos yo creo que la comu... (883:884)
1:275 últimamente hay un poco más de... (885:887)
1:276 O sea tu eres médico y vienes... (887:890)
1:277 hay gente que acaba de llegar... (890:893)
1:278 no nunca, sesiones clínicas y... (894:897)
1:279 con los jefes también nos reun... (897:898)
1:280 con los jefes también nos reun... (897:900)
1:281 y nosotros nos reunimos de vez... (900:901)
1:282 yo pienso que el problema prin... (901:905)
1:283 hicimos una carta, la firmamos... (906:907)
1:284 hombre, general, falta gente, (908:909)
1:285 hay 4 consultas, hay mucha dem... (909:912)
1:286 la observación tiene... posib... (912:914)
1:287 es que tiene lo que tiene una... (914:918)
1:288 Personal y material también. N... (918:919)
1:289 pues un pulsímetro para los... (919:922)
1:290 La sala de parada es pequeñisi... (925:927)
1:291 hombre necesidades... yo creo... (928:931)
1:552 a lo mejor tenemos una urgenci... (1775:1778)
1:553 entonces eso yo también lo veo... (1780:1784)
1:554 yo creo que se plantean casi l... (1789:1790)
1:555 yo creo que se está mejorando... (1795:1795)
1:556 de arriba está mejorando la cu... (1797:1799)
1:557 pues entro de 8 a 15 normalmen... (1800:1801)
1:558 el paciente es más exigente, s... (1803:1805)
1:559 un hay gente que es respetuosa... (1805:1807)
1:560 yo creo que se trata peor a lo... (1811:1812)
1:561 pues, yo creo que se trata peo... (1811:1816)
1:562 cuando ven al especialista se... (1818:1818)
1:563 mayor pues desconfían, eso se... (1820:1821)
1:564 yo con mis compañeros yo me si... (1827:1827)
1:565 se facilita, pero...según lo... (1835:1836)
1:566 se facilita, pero... según lo... (1835:1838)
1:567 yo eso organizaría mejor la ur... (1847:1850)
1:568 no el que va a urgencias se re... (1851:1852)
1:569 también otra cosa que habría q... (1855:1859)
1:570 la verdad es que pierden el ti... (1861:1867)
1:571 es media hora que tienes entre... (1871:1874)
1:572 si quieres que pasen a la hora... (1874:1875)
1:573 se hacen ingresos en medicina... (1876:1879)
1:574 eso es una sobrecarga también... (1879:1882)
1:575 mejorar y dar más camas en med... (1882:1885)
1:576 vamos la urgencia siempre ha s... (1886:1887)
1:577 y no es cuestión de dar altas... (1887:1889)
1:578 y no pienso que sea forma acum... (1890:1894)
1:579 vamos pues esa porque no lo ve... (1896:1899)
1:580 la verdad que no se pero lo que p... (1900:1904)
1:581 la organización en urgencias es u... (1905:1909)
-

Se han obtenido 581 cotas que separan el texto en unidades mínimas de significado en función de criterios gramaticales (oración y/o párrafo) y temáticos. La siguiente de las tareas a realizar, consistiría en asignar esas unidades a códigos concretos desarrollado en el siguiente de los apartados codificación abierta.

6.2.1.2. Codificación abierta: identificación de procesos.

La codificación abierta es un procedimiento de análisis dinámico y fluido mediante el cual los datos se fracturan y se abren para sacar a la luz las ideas y significados que aparecen latentes en el texto.

Es por ello que una vez segmentando el texto en unidades mínimas de significado, la siguiente de las tareas consistiría en examinar las unidades de datos para identificar en ellas determinados componentes temáticos que permitan clasificarlas en torno a una categoría de contenido de mayor envergadura, es decir los códigos.

La codificación abierta correspondería a los aspectos físico-manipulativos conceptuales de una misma actividad, es decir, a clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico, en este proceso, la codificación no sería más que la operación concreta por la que se asigna a cada unidad un indicativo (código) propio de la categoría que queda incluida.

La codificación puede ser definida a medida que se examinan los datos siguiendo un procedimiento inductivo 'codificación abierta', de este modo se proponen categorías provisionales que a medida que avanza la codificación pueden ir siendo consolidadas, modificadas o suprimidas a partir de los comparación entre los datos agrupados bajo una misma categoría o bajo otras categorías distintas (Strauss, 1987).

En la Tabla 33 que se presenta a continuación, se muestran los códigos asignados a cada una de las cotas de significado y las frecuencias de aparición de estas, es decir, el número de cotas que contiene cada código.

Tabla 33

Resultados obtenidos del proceso de codificación abierta.

CÓDIGOS	FRECUENCIA DE APARICIÓN DE COTAS
Perfil paciente	64
Carencias	49
Mejoras	38
Relación con el Administrador	38
Formación continuada	36
Competencias profesionales	32
Relaciones interpersonales	31
Ambiente grupo de trabajo	30
Comunicación	29
Infraestructura/recursos	27
Protocolo de actuación	26
Características servicio	21
Valoración trabajo realizado	21
Rendimiento/productividad	20
Valoración de los profesionales	19
Funcionamiento del servicio	16
Conflicto	12
Expectativas profesionales	12
Relación con otros servicios del hospital	10
Funciones	8
Tiempo en el servicio	8
Miembros del grupo	7
Motivos entrar grupo	6
Componentes del equipo de trabajo	3
Motivación e incentivación	3
Relación paciente hospital	3
Especialidad profesional (urgencias)	2
Tiempo jornada laboral	2
Comparativa con otros hospitales	1
Emergencias	1
Familiares	1
Indicador paciente/dedicación	1
Relación con el paciente	1
Relación con el servicio de cuidados críticos y urgencias	1
Tipo de enfermedad	1
Tipo de paciente que atiende	1
36	581

Como se muestra en la tabla 33, aparecen 36 códigos que ordenados por el orden de aparición quedarían ordenados de la siguiente manera; en primer lugar el código perfil paciente con 64 cotas, las carencias del servicio con 49, las propuestas de mejora con 38, la relación con el administrador del equipo de trabajo, es decir con el jefe o coordinador, con 38, el código referente a la formación continuada con 36, el código que recoge información acerca de las competencias profesionales (con 32), el código relaciones interpersonales (31), el código ambiente grupal de trabajo (30), comunicación (29) , infraestructura y /o recursos (27), protocolos de actuación (26), características del servicio (21), valoración del trabajo realizado (21), rendimiento y/o productividad del trabajo (20), valoración de los profesionales que trabajan en el servicio (19), funcionamiento del servicio (16), el código que recoge información acerca de los conflictos surgidos dentro del ambiente grupal de trabajo (12), las expectativas de los profesionales (12), la relación que mantiene el servicio con otros servicios dentro del mismo hospital (10), las funciones desempeñadas (8), el tiempo trabajado en el servicio (8), miembros del grupo (6), componentes del equipo de trabajo (3), motivación e incentiación (3), especialidad del profesional de urgencias (2), tipo de jornada laboral (2) comparativa con otros hospitales (1), Emergencias (1), Familiares (1), indicador paciente/dedicación (1), relación con el paciente (1), relación con el servicio de cuidados críticos y urgencias (1), tipo de enfermedad (1), y por último ,tipo de paciente que atienden (1).

En el Anexo VI, de este trabajo de investigación, se presentan en una tabla donde se detallan cada uno de los 36 códigos con sus respectivas citas.

6.2.1.3. Reducción y reagrupación de códigos: integración de categorías y sus propiedades.

Tal y como se ha visto en el punto anterior, en el proceso de codificación ya aparece latente un ejercicio de síntesis al reducir un número determinado de unidades a un solo concepto que los representa.

En esta fase de la investigación y en un siguiente nivel de abstracción del contenido analizado, lo que se pretende es agrupar la información contenida en varios códigos que tienen contenido semántico en común en una categoría de significado mayor, es decir, en códigos de familias.

De esta manera se va construyendo el significado latente del texto, que iría desde las unidades más básicas de significado, obtenidas directamente del texto (cotas), a los siguientes niveles conceptuales más complejos; a los códigos, las familias de códigos, y los metacódigos como sistemas categóricos globalizadores de los diferentes subniveles significativos.

En la tabla que se presenta a continuación, aparecen los resultados obtenidos a través de la agrupación de los diferentes códigos.

En la primera de las columnas 'familias de códigos' aparecen las categorías que integran y/o aglutinan los diferentes códigos asignados previamente. En la segunda de las columnas 'códigos' se muestran las

categorías que a su vez están compuestas por sus distintos indicadores o 'cotas'. En la tercera de las columnas 'número de cotas' se reflejan el número de cotas que representan cada uno de los códigos y, por último, en la última de las columnas 'total' aparece el número total de cotas que pertenecen a cada una de las familias de códigos asignadas.

Tabla 34:

Códigos relevantes del concepto ambiente grupal de trabajo obtenidos a través de las entrevistas en profundidad

FAMILIA DE CÓDIGOS	CÓDIGOS	NÚMERO DE COTAS	TOTAL
RECURSOS DEL CENTRO	INFRAESTRUCTURA/RECURSOS	27	27
	TIPO DE PACIENTE QUE ATIENDE	1	
	TIPO DE ENFERMEDAD	1	
	RELACIÓN CON EL PACIENTE	1	
	RELACIÓN PACIENTE HOSPITAL	3	
PERFIL PACIENTE	FAMILIARES	1	73
	PERFIL PACIENTE	64	
	RELACIÓN CON EL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS	1	
	EMERGENCIAS	1	
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN	PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN	26	26
COMUNICACIÓN	COMUNICACIÓN	29	29
	COMPETENCIAS PROFESIONALES	32	
COMPETENCIAS	FUNCIONES	8	40
	RELACIONES INTERPERSONALES	31	
RELACIONES INTERPERSONALES	COMPONENTES DEL EQUIPO DE TRABAJO	3	41
	MIEMBROS DEL GRUPO	7	
	VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES	19	
VALORACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO	VALORACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO	21	40

EXPECTATIVAS GRUPO DE PROFESIONALES	EXPECTATIVAS PROFESIONALES	12	14
	ESPECIALIDAD PROFESIONAL	2	
AMBIENTE TRABAJO	AMBIENTE GRUPAL DE TRABAJO	30	36
	MOTIVOS DE ENTRAR EN EL GRUPO	6	
CARENCIAS GRUPO DE TRABAJO	CARENCIAS	49	61
	CONFLICTO	12	
RELACIÓN CON EL ADMINISTRADOR DEL GRUPO DE TRABAJO	RELACIÓN CON EL ADMINISTRADOR (JEFE)	38	38
PROPUESTAS DE MEJORA.	MEJORAS	38	38
	CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO	21	
CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO	FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO	16	47
	RELACIÓN CON OTROS SERVICIOS DEL HOSPITAL	10	
	FORMACIÓN CONTINUADA	36	
	RENDIMIENTO/PRODUCTIVIDAD	20	
	TIEMPO EN EL SERVICIO	8	
RENDIMIENTO/PRODUCTIVIDAD	TIPO DE JORNADA LABORAL	2	71
	MOTIVACIÓN E INCENTIVACIÓN	3	
	COMPARATIVA CON OTROS HOSPITALES	1	
	INDICADOR PACIENTE/DEDICACIÓN	1	
TOTAL DE FAMILIA DE CÓDIGOS	TOTAL DE CÓDIGOS	TOTAL N. COTAS.	TOTAL N. COTAS NUEVOS COD.
14	36	581	581

Como se observa en la tabla 34, una vez realizado el proceso de reducción y reagrupación de los códigos integrándolos en categorías superiores en cuanto a su nivel de significado (códigos de familias), se puede decir que se han encontrado 14 familias de códigos:

Las familias de códigos 'recursos del centro', 'protocolos de actuación', 'comunicación', 'relación con el administrador' y 'propuestas de mejora', no sufren modificación alguna con respecto a los códigos que las integraban, es decir, que quedan representadas por el mismo número de códigos y de cotas en la fase anterior de codificación abierta e identificación de los procesos. Esto es debido a la imposibilidad de integrar, en función de la afinidad del contenido de significación, los distintos códigos en otras categorías de carácter superior, y es por ello que estos códigos adquieren dicho carácter al ser independientes del resto de las familias de códigos. En cuanto al contenido específico de cada una de las familias de código de este bloque que ha permanecido bajo la misma categoría de significado sin posible reagrupación, se destaca que la familia de códigos 'recursos del centro' compuesto por 27 cotas que recoge información detallando las características físicas y materiales del entorno del trabajo; En la familia de códigos 'protocolos de actuación' se recoge información relativa a los diferentes planes o guías que los distintos profesionales han de seguir en las diferentes situaciones que se les presenta, esta familia de códigos está compuesta por 26 cotas; En la familia de códigos 'comunicación' se recoge información relativa a los procesos de comunicación que se dan dentro del ambiente grupal de trabajo tanto la comunicación de carácter formal (generada dentro de las distintas reuniones o sesiones clínicas), como la informal (comunicación telefónica o conversacional entre los compañeros), esta familia de códigos está compuesta por 20 cotas; La familia 'relación con el administrador' recoge contenido que describe el tipo de relación que mantienen los miembros del grupo de trabajo tanto con el administrador del grupo de trabajo, es decir, el jefe más inmediato, el coordinador del servicio de cuidados críticos y urgencias, como con los demás cargos directivos del hospital y está compuesta por 38 cotas; Y por último la familia 'propuestas de mejora' recogen propuestas concretas que los profesionales han formulado para mejorar el funcionamiento del servicio y la calidad del servicio que prestan (recogidos en 38 cotas), tales como por ejemplo el cambio de horarios de visitas de los familiares, la contratación de más personal médico para disminuir la carga asistencial del personal médico o el diseño y la implementación de protocolos que sistematicen y unifiquen criterios a la hora de actuar.

La familia 'perfil paciente' la componen 7 códigos; tipo de paciente que atiende el profesional, tipo de enfermedad con la que llega el paciente al centro, relación que establece el personal con el paciente, relación que establece el paciente con el hospital en general, otros códigos que recogen información relativa a los familiares del paciente, acerca del perfil del paciente, de la relación que tiene el paciente con el servicio de cuidados críticos y urgencias del hospital, y por último, la situación de emergencia con la que se intenta ofrecer asistencia sanitaria al paciente que demanda el servicio. Esta familia de códigos la componen un total de 73 cotas.

La familia 'competencias' está compuesta de dos códigos; competencias profesionales y funciones que desarrollan los profesionales y en total esta familia de códigos está representada por 40 cotas que recogen información concreta acerca de las habilidades y destrezas que han de tener y que ponen en marcha los profesionales que trabajan en el servicio en su quehacer diario

así como la especificación de las diferentes tareas que realizan dentro de su jornada laboral.

La familia 'relaciones interpersonales' integra los códigos relaciones interpersonales, componentes del equipo de trabajo y miembros del grupo, esta familia tiene un total de 41 cotas. De forma sintética se hace referencia a la dinámica de los grupos de trabajo respecto a competencias, solución de problemas, procesos de comunicación y relaciones humanas en general.

La familia 'valoración del trabajo realizado' la forman los códigos valoración de los profesionales y valoración del trabajo realizado por parte de los profesionales, en total son 40 las cotas de esta familia que recogen información acerca de la valoración que los profesionales hacen acerca de trabajo que realizan tanto ellos como el resto de compañeros destacando la importancia de los recursos humanos como elemento fundamental para el buen funcionamiento del servicio.

La familia 'expectativas grupo de profesionales' la representan dos códigos expectativas profesionales y especialidad profesional, en total esta familia está compuesta por 14 cotas donde los profesionales proyectan sus intereses e inquietudes respecto a la utilidad del trabajo que realizan, a la consecución de un buen ambiente de confianza por parte del grupo de profesionales, al mejoramiento de la organización del servicio, a las inquietudes intelectuales como por ejemplo formativas y al interés de que el médico de urgencias adquiera un grado de especialización a nivel institucional y se reconozca como tal.

La familia 'ambiente grupal de trabajo' integra los códigos ambiente grupal de trabajo y motivos de entrar en el grupo de trabajo, que a su vez la componen 34 cotas. En general en esta familia se recoge información relativa a los aspectos que están latentes en el ambiente de grupo de trabajo tales como las comparativas que se hace de ese grupo de trabajo con otros de otros servicios del hospital, la valoración del ambiente en cuanto a las relaciones humanas y los diferentes motivos por los que los profesionales entraron a trabajar en el servicio.

En la familia 'carencias grupo de trabajo' se encuentran los códigos carencias y conflicto, en total son 61 cotas las que integran esta familia. Como síntesis en esta familia se recogen por un lado todas las necesidades que han detectado los profesionales entrevistados tales como; la carencia de espacio en las consultas, la poca estabilidad laboral que tiene el personal contratado, la falta de personal sanitario, especialmente de personal médico, en el servicio, la dispersión de criterios como fruto de la distinta formación recibida, los déficits en cuanto a material sanitario, etc. Y por otro las situaciones que han creado conflictos y tensiones dentro del ambiente grupal de trabajo, como por ejemplo las exigencias planteadas por el nuevo personal contratado o la difícil accesibilidad a la formación continuada.

La familia 'características del servicio' está compuesta por tres códigos; características del servicio, funcionamiento del servicio y relación del servicio de urgencias con otros servicios del hospital, esta familia tiene 47 cotas que

recogen información acerca de la tipología del servicio de urgencias del hospital, el modo en que se organizan los horarios de los trabajadores, el proceso por el cual pasa el paciente desde que llega al hospital hasta que es atendido por el personal sanitario y el tipo de relación que tiene el servicio de cuidados críticos y urgencias con el resto de servicios del hospital.

La familia 'rendimiento/productividad' integra 7 códigos; formación continuada, rendimiento/productividad, tiempo en el servicio, tipo de jornada laboral, motivación e incentiación, comparativa con otros hospitales e indicador paciente/ tiempo de dedicación. En esta familia hay un total de 71 cotas. En la cual se recoge información acerca del volumen de pacientes que se trata en el servicio del hospital, de la estabilidad del grupo de trabajo en cuanto a la antigüedad de los componentes del grupo y en cuanto al tipo de jornada laboral que desarrollan, en cuanto a la formación ofertada por el servicio para cubrir las carencias o renovar conocimientos, o por ejemplo la comparativa que se hace con otros hospitales respecto a la calidad del servicio que ofrecen.

A modo de síntesis, como se puede apreciar tras esta parte del proceso, se ha reducido y agrupado la información en dos procesos analíticos, el primero de ellos que iría desde las unidades mínimas de significado, es decir desde las cotas (581 cotas), a los distintos códigos aglutinando mayor cantidad de información (38 códigos), y el segundo de los procesos han permitido nuevamente reagrupar la información desde 38 códigos a 14 familia de códigos.

En el siguiente de los niveles, se pretende reducir y reagrupar nuevamente la información, intentando obtener nuevas categorías que contengan aún un mayor grado de información que las familias de códigos, es decir, consistiría en reagrupar las distintas familias de códigos en metacódigos.

6.2.1.4. Organización de la información: matriz de categorías (concepto, familia de códigos, principales códigos encontrados y citas de entrevistas en profundidad).

Para la reducción y reagrupación de las familias de códigos a los metacódigos, se tiene en cuenta los elementos principales encontrados en el concepto 'ambiente grupal del trabajo' obtenidos a través de la realización del AFE, en la parte cuantitativa de este trabajo de investigación, ya que servirán de referentes teóricos en torno a los cuales organizar la información en función de las principales dimensiones del concepto 'ambiente grupal de trabajo'.

Las principales dimensiones del concepto obtenidas en el AFE eran 4; Factor 1: productividad del grupo de trabajo, Factor 2: Relación laboral intragrupal, Factor 3: Trabajo individual y Factor 4: Satisfacción laboral.

A la hora de analizar e interpretar los datos obtenidos en esta parte de la investigación, se trataría de buscar afinidad de contenido en cuanto a la temática en las diferentes familias de códigos e intentar reagruparlas en una

categoría de orden superior 'metacódigos' tratando de buscar la posible correspondencia con los factores obtenidos en el AFE.

De este modo, las familias de códigos 'infraestructura recursos del centro' y 'rendimiento/ productividad' se podrían reorganizar en una categoría superior o metacódigo denominado 'productividad' ya que los contenidos recogidos en ambas familias (infraestructura/ recursos, formación continuada, rendimiento /productividad, tiempo en el servicio, tipo de jornada laboral, motivación e incentivación, comparativa con otros hospitales, e indicador paciente dedicación) tendrían incidencia en la productividad, es decir, en la relación entre la producción y los recursos tanto materiales como humanos existentes dentro del servicio.

Del mismo modo, las familias de códigos 'comunicación', 'relaciones interpersonales, y 'relación con el administrador del grupo de trabajo' podrían englobarse en un metacódigo denominado 'relación laboral' ya que sus contenidos (procesos de comunicación, relaciones interpersonales, composición del grupo de trabajo, miembros del grupo de trabajo, relación con el administrador del grupo, ambiente grupal de trabajo, y motivos por los que entrar en el grupo de trabajo) recogerían los principales procesos que se generan a raíz de las relaciones laborales dentro del grupo de trabajo.

Las familias de códigos 'protocolos de actuación' y 'competencias' podrían englobarse en un metacódigo denominado 'trabajo individual' ya que se recogen contenidos relativos a las competencias que los profesionales ponen en marcha en el trabajo individual que realizan, las funciones que los profesionales realizan dentro del servicio y los protocolos que guían el trabajo individual.

Las familias de códigos 'valoración trabajo realizado' y 'expectativas grupo profesionales' se podrían reagrupar en un metacódigo denominado 'satisfacción laboral' englobando aspectos relativos a las expectativas que los profesionales proyectan en su trabajo, así como la valoración del trabajo que realizan.

Y por último las familias 'perfil del paciente', 'carencias grupo de trabajo', 'propuestas de mejora' y 'características del servicio' se podrían reagrupar en un metacódigo denominado 'características del servicio' en la cual se recoge información relativa al perfil del paciente que se atiende dentro del servicio de cuidados críticos y urgencias, a las principales necesidades y propuestas de mejora que se detectan dentro del servicio y a las características propias del servicio que les hace diferenciarse del resto de servicios que integran el hospital objeto de estudio de este trabajo de investigación.

Una vez realizado todo el proceso analítico de reducción y reorganización de la información en función de la temática, afinidad por significados en cada uno de los niveles de análisis de abstracción, que como se ha mostrado partiendo de una perspectiva totalmente inductiva, se empezaría por segmentar las unidades mínimas de significados (cotas), hasta llegar a las categorías más complejas y ricas en contenido e información (metacódigos), pasando por los niveles intermedios (familias de códigos y códigos) que

conectan y detallan los principales procesos que suceden entre el nivel teórico-sustantivo y el empírico, es decir, el dato registrado directamente (citas).

Una vez reagrupadas y reducidas todas las categorías del concepto 'ambiente grupal de trabajo' el siguiente de los pasos consistiría en organizar la información de caras que se faciliten la valoración de los resultados obtenidos en este proceso analítico ya que en formato de texto los significados éstos aparecen de forma dispersa, por lo que es conveniente realizar gráficos o "representaciones visuales entre los conceptos" (Strauss y Corbin, 1990) o matrices de categorías recogiendo diferentes tipo de información (conceptos, familia de conceptos, códigos, citas de la entrevista etc.).

Es por ello que, siguiendo con las recomendaciones de ambos autores, se presenta una matriz resumen de todo el proceso analítico, ver tabla 11. Siguiendo las columnas de izquierda a derecha se partiría desde el concepto más teórico abstracto 'ambiente grupal de trabajo', compuesto por los principales elementos metacódigos que a su vez recogen información de las familias de códigos y de los códigos, hasta llegar a las citas del texto directamente observables a partir de las cuales poder realizar una valoración del ambiente grupal de trabajo del servicio de urgencias del hospital objeto de estudio de este trabajo con la finalidad última de mejorar su funcionamiento y la calidad del servicio que presta.

TABLA 35:

Matriz resumen de los principales componentes del concepto ambiente grupal de trabajo.

	METACÓDIGO	FAMILIA DE CÓDIGOS	CÓDIGOS	CITAS	
AMBIENTE GRUPAL DE TRABAJO	PRODUCTIVIDAD	INFRAESTRUCTURA RECURSOS DEL CENTRO	INFRAESTRUCTURA/ RECURSOS	27	
			RENDIMIENTO/PRODUCTIVIDAD	36	
		RELACIÓN LABORAL	COMUNICACIÓN	FORMACIÓN CONTINUADA	20
				RENDIMIENTO/PRODUCTIVIDAD	8
				TIEMPO EN EL SERVICIO	2
				TIPO DE JORNADA LABORAL	3
				MOTIVACIÓN E INCENTIVACIÓN	1
				COMPARATIVA CON OTROS HOSPITALES	1
				INDICADOR PACIENTE/DEDICACIÓN	29
				COMUNICACIÓN	31
	RELACIÓN CON EL ADMINISTRADOR DEL GRUPO DE TRABAJO	RELACIONES INTERPERSONALES	RELACIONES INTERPERSONALES	3	
			COMPONENTES DEL EQUIPO DE TRABAJO	7	
			MIEMBROS DEL GRUPO	38	
	TRABAJO INDIVIDUAL	PROTOCOLO DE ACTUACIÓN	RELACIÓN CON EL ADMINISTRADOR (JEFE)	30	
			AMBIENTE GRUPAL DE TRABAJO	6	
		MOTIVOS DE ENTRAR EN EL GRUPO	26		
		PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN			

		COMPETENCIAS	COMPETENCIAS PROFESIONALES	32
			FUNCIONES	8
SATISFACCIÓN LABORAL		VALORACIÓN TRABAJO REALIZADO	VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES	19
			VALORACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO	21
		EXPECTATIVAS GRUPO PROFESIONALES	EXPECTATIVAS PROFESIONALES	12
			ESPECIALIDAD PROFESIONAL	2
CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO		PERFIL PACIENTE	TIPO DE PACIENTE QUE ATIENDE	1
			TIPO DE ENFERMEDAD	1
			RELACIÓN CON EL PACIENTE	1
			RELACIÓN PACIENTE HOSPITAL	3
			FAMILIARES	1
			PERFIL PACIENTE	64
			RELACIÓN CON EL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS	1
			EMERGENCIAS	1
		CARENCIAS GRUPO DE TRABAJO	CARENCIAS	49
			CONFLICTO	12
		PROPUESTAS DE MEJORA.	MEJORAS	38
		CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO	CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO	21
			FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO	16
			RELACIÓN CON OTROS SERVICIOS DEL HOSPITAL	10
TOTAL	5	14	36	581

En la Figura 17 que se presenta a continuación aparecen reflejados los resultados obtenidos de esta nueva reagrupación de la información teniendo en cuenta las dimensiones principales del 'ambiente grupal de trabajo' obtenidas tras el AFE y tras la reagrupación de las distintas familias de códigos en sus respectivos 'metacódigos' (productividad, relación laboral, trabajo individual, satisfacción laboral y características del servicio),

Siguiendo el modelo propuesto por Lazarsfeld (1973) concepto-indicador adaptado por Strauss (1987), donde se plantea la secuencia lógica que hace posible la transformación de conceptos abstractos en este caso 'ambiente grupal de trabajo' en indicadores empíricos y concretos en este caso citas o citas.

En este sentido, el concepto 'ambiente grupal de trabajo' estaría compuesto por 5 elementos principales (metacódigos) productividad, relación laboral, trabajo individual, satisfacción laboral y características del servicio, en un siguiente nivel de concreción aunque todavía en un plano teórico abstracto, estarían los principales elementos que componen cada uno de los metacódigos, es decir, las familias de códigos, en este sentido;

-El metacódigo 'productividad' estaría compuesto por 2 familias de códigos; recursos y rendimiento (F1) /productividad (F2).

-El metacódigo 'relación laboral' lo integrarían 4 familias de códigos; comunicación (F3), relaciones interpersonales, relación con el administrador del grupo (F4), y ambiente de trabajo (F5).

-El metacódigo 'trabajo individual' lo formarían las familias de códigos protocolos de actuación (F6) y competencias (F7).

-El metacódigo 'satisfacción laboral' vendría integrado por dos familias de códigos; valoración del trabajo (F8) y expectativas profesionales (F9).

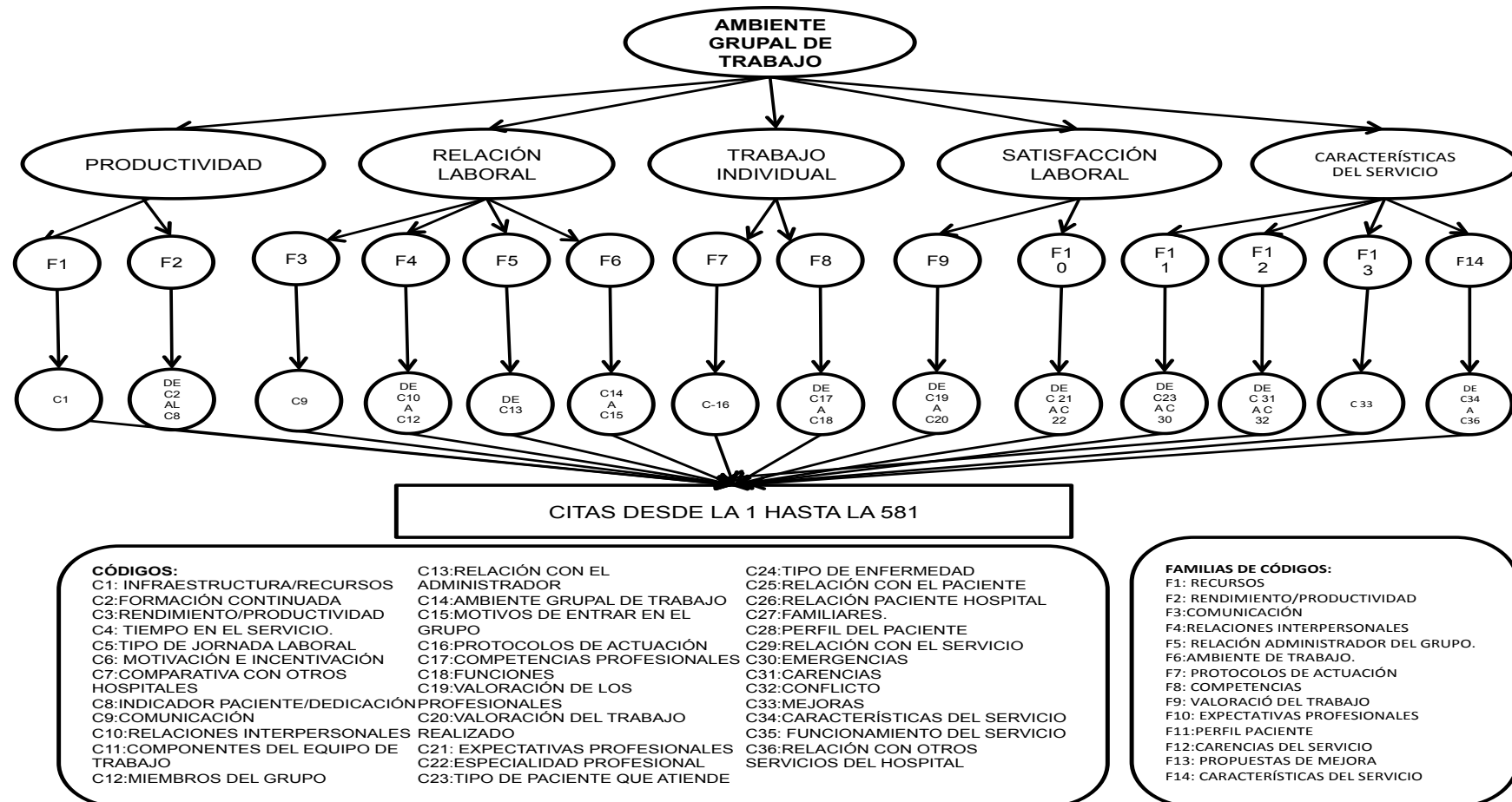
-Y por último el metacódigo 'características del servicio' agruparía 4 familias de códigos; perfil de paciente (F10), carencias del servicio de urgencias (F11), propuestas de mejora (F12) y características del servicio (F13).

En el siguiente nivel de concreción más próximo a la realidad empírica, aunque no directamente observable, estarían los códigos o elementos principales dentro de cada familia de códigos, Así pues, el F1 estaría compuesto del código 1 (C1), el F2 por los códigos que van del C2, C3, C4, C5, C6, C7 y C8, el F3 está compuesto por el c9, el F4 por los códigos C10, C11 y C12, el F5 por el C13, el F6 por los códigos C14 y C15, el F7 por el código C 16, el F8 por los códigos C18 y C19, el F9 por los códigos C19 Y C20, el F10 por los códigos C21 y C22, el F11 por los códigos C23, C24, C25, C26, C27, C28, C29 y C30, el F12 por los códigos C31 Y C32, el F13 por el código C33 y el F14 por los códigos C34, C35 y C36.

A su vez cada uno de los códigos estaría representado por un conjunto de indicadores empíricos (citas/ codes), en total hay 581 indicadores que tratan de constituir una muestra adecuada y representativa del conjunto de todos los posibles indicadores del concepto 'ambiente grupal de trabajo'.

Figura 17

Principales componentes del 'ambiente grupal de trabajo' modelo concepto- indicador (Lozano, Chacón, Sanduvete y Pérez Gil, 2013)



6.3. Estudio de fiabilidad del proceso de codificación.

Tradicionalmente se ha reconocido que una fuente importante del error de medida proviene de la variabilidad entre observadores (Fleiss, 1986; Landis y Koch, 1977), en consecuencia, en cualquier estudio de investigación una cuestión clave es el estudio de la fiabilidad de los procedimientos empleados.

En términos generales, se habla de fiabilidad cuando suceden repetidas mediciones que desembocan en conclusiones o decisiones similares. En investigación cualitativa, esta medición se realiza a través de la categorización, por lo que la *“Fiabilidad es el grado en el que las respuestas son independientes a las circunstancias accidentales de la investigación... depende esencialmente de la materialización de los registros en los que debe de partir de una categorización ya elaborada”* (Anguera, 1986, p. 34).

En este sentido se espera que los diferentes codificadores estén de acuerdo con la atribución de las unidades de análisis a las diferentes categorías de conocimiento construidas.

La relación existente entre el acuerdo y la fiabilidad consiste básicamente en que el acuerdo es lo que medimos, mientras que la confiabilidad es lo que queremos inferir de él. En el análisis de contenido es posiblemente la interpretación más importante de confiabilidad (Krippendorff, 2004, p., 215)

Existen diferentes índices para calcular este grado de consenso alcanzado: Acuerdo simple, Formula de Holsti; índices controlando el acuerdo del azar: índice pi (π) de Scott, Kappa (κ) de Cohen, el Alfa (α) de Krippendorff; índices basados en la covariación o correlaciones en variables cuantitativas: Coeficiente de correlación rho (ρ) de Spearman. Si, Coeficiente de correlación (r) de Pearson, Coeficiente de concordancia de Lin (r_c).

Algunas clasificaciones clasifican estos índices en función de si son demasiado permisivos o por el contrario restrictivos y conservadores a la hora de calcular sus resultados (Neundorf, 2002). Sin embargo, Krippendorff (2004) sostiene que esta clasificación puede ser engañosa ya que los coeficientes estadísticos son funciones matemáticas que se aplican a una colección de datos y dan lugar a un índice que pretende informar a sus usuarios sobre si puede confiar en sus datos, por lo que se debe entenderse un coeficiente antes de elegirlo.

Objetivo

En este apartado trataremos de realizar un estudio de la fiabilidad de las codificaciones presentadas previamente, y trataremos de calcular el índice de grado de consenso que más se ajuste a nuestros datos.

Método

Participantes

Para el proceso de construcción de categorías se encontraron 581 citas, 36 categorías (códigos) y 5 macrocategorías o metacódigos. Se realizó un muestreo aleatorio de las citas encontradas sobre el 20% del total de citas (117 citas), siguiendo los criterios: a) que aparecieran representados todas las categorías con al menos un código y b) al menos 3 citas por categoría, en aquellos casos que los resultados lo permitieran.

Instrumentos

Para la codificación y recodificación de cada uno de los códigos por parte de los distintos codificadores se utilizó el programa Atlas.ti para Mac versión 1.0.24 (94). El análisis de los datos fue realizado mediante la utilización del paquete estadístico SPSS para Mac versión 22.

Procedimiento

Utilizando la codificación resultante del análisis de contenido previamente realizada (Lozano, Chacón, Sanduvete y Pérez-Gil, 2013). Se realizó un estudio sobre la calidad del proceso de codificación realizado.

Para ello se adiestró a un codificador, cuya tarea consistía en asignar valores (0 y 1, siendo 0 no estar de acuerdo con el código/categoría asignado a la cita y 1 estar de acuerdo) a cada uno de las citas presentadas.

De las 581 citas, se realizan 117 observaciones aleatorias en la que 1 significa que si han visto el código y 0 que no.

Posteriormente se calculó el índice de fiabilidad kappa. El coeficiente kappa refleja la concordancia entre diferentes observadores o diferentes tiempos de la observación, y puede ser calculado en tablas de cualquier dimensión siempre y cuando se contrasten dos observaciones, para tres o más se utiliza el kappa de Fleiss (Cerdeira y Villarroel, 2008, p. 54), ya que permite reflejar la concordancia intercodificador e intracodificador para datos categóricos.

Resultados

En la tabla 37 se presenta la matriz de codificación resultante tras la selección aleatoria de las citas. Siguiendo el orden de las columnas de izquierda a derecha indican, la categoría/código que se pretende valorar, las citas seleccionadas aleatoriamente y los valores asignados por cada uno de los observadores: observador1, por el observador 2 y observador 1bis.

Tabla 37:

Matriz de codificación resultante de la selección aleatoria de 117 citas.

Categoría	Cita	Ob.1 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob.2 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob. 1.Bis (1 Presencia 0 Ausencia)
Ambiente grupal de trabajo	siempre que me comparen, que nos comparan, porque a nosotros siempre nos comparan, porque estaban ellos y a nivel interno es lo mejor que tenemos	1	1	1
		1	0	0
	si tú vas con un enfermero que no sabe porque no está bien formado y no sabe coger una vía y yo tengo un paciente grave la mala asistencia es mía también yo soy muy responsable de eso	0	1	1
	pues muchas veces pues tu si quieres un equipo pues tienes que mantener a la gente implicada en lo que estás haciendo y saber ver el porqué de las cosas y no...	1	1	1
Características servicio	tiene unas peculiaridades muy específicas,	1	1	1
	es un trabajo muy distinto yo soy médico de familia y lo mío es primaria y de más y el mundo es muy distinto y demás totalmente no tiene nada que ver con la asistencia hospitalaria	1	1	1
	aparte de lo sanitario la asistencia tiene más problemática de social y demás que o de ambiente	1	1	1
	urgencias es un sitio que quema mucho y... bueno, a veces rozas por un paciente, por una situación,	1	1	1

Categoría	Cita	Ob.1 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob.2 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob. 1.Bis (1 Presencia 0 Ausencia)
	todo lo déficit los que son de material y lodo o demás somos nosotros, la guardia, tenemos algo que hacer y nos ponemos los deberes,	1	1	1
	es que al día siguiente te lo encuentras peor y ya es una dejadez que es una guerra y sigue habiendo sitios donde los compañeros van con la medicación en los bolsillos y no reponen mas	1	1	1
Carencias	yo pienso que el problema principal que tiene esto es que falta un jefe. un jefe que este en urgencias, que este todos los días, que coordine un poco, que vea lo que pasa todos los días no que se entere por lo que le cuenten, eso estamos hartos de decirlo,	1	1	1
	dificulta nuestra labor que yo creo que se debería ser más rígido en el control del acceso porque también entre otras cosas no solamente es nuestro trabajo sino que pienso que también de alguna forma se está atentando contra la dignidad del enfermo,	1	0	1
Comparativa con otros hospitales	quizás en otros hospitales ves que eso está un poco más regulado,	1	1	1
Competencias	las funciones son las asistencias extra hospitalarias	1	1	1
	pero nuestro horario lo que pasa es también 100% asistencial si yo entro a las 9 y el móvil es mío y la persona es mía y hasta que no me voy a las 9 el	1	1	1

Categoría	Cita	Ob.1 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob.2 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob. 1.Bis (1 Presencia 0 Ausencia)
	trabajo es mío no lo cubre nadie estas en el domicilio o en alguna situación emergente tú tienes que saber dónde está el glucómetro o como se enciende ese monitor o como se maneja el	1	0	0
	atender a todo el que venga por la puerta tenga o no tenga algo y ponerle el tratamiento y eso...	1	1	1
	pues soy médico y trabajo en el servicio de urgencias en principio y... bueno, llevas a cabo ... el trabajo como un médico en urgencias, es... exactamente ... en observación por ejemplo por los turnos que tengo tareas en observación	1	1	1
Componentes del equipo	se trabaja con enfermeros con auxiliares de enfermería, con los celadores seguridad también, con todos ellos pues se trabaja en equipo, hay mucho personal además es un servicio grande pues hay muchas personas,	1	1	1
	de enfermería si aumentado y de auxiliares también ha aumentado. Pero de medico...	1	1	1
Comunicación	Si pero no coincidimos en el tiempo y en espacio nunca (nunca) nunca o sea salvo los cambios de horario nunca	1	0	0
	entonces los que nos hablamos es porque nos conocemos	1	1	1

Categoría	Cita	Ob.1 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob.2 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob. 1.Bis (1 Presencia 0 Ausencia)
	yo a lo mejor me quedo una hora más y desayuno con ellos, nos damos el relevo y nos contamos las cosas y con el siguiente igual... pero no, no coincidimos en el espacio y en el tiempo como yo digo, ninguno....	1	1	1
	si igual viene alguien a verme me tiro tres horas fuera	1	0	0
	empezamos a hablar y dentro de un minuto me suena el móvil y me voy ... entonces no, el contacto así telefónicamente pues la verdad que hablamos todo lo que podemos	1	1	1
	no se crean dinámicas o sea no se hacen reuniones no se hacen cenas por ejemplo, no se buscan laboratorios por ejemplo para charlas no se favorece la comunicación a lo mejor, ¿no?	1	1	1
	nosotros nos reunimos en sesión cuando... digamos ... por la mañana con el que esta saliente, que vamos nos expone que ha pasado en la guardia	1	1	1
	si quieres que pasen a la hora no ves a los enfermos te fías de lo que te dicen los compañeros	1	1	0
Conflicto	O sea, tu eres médico y vienes abajo y dices si me das una interinidad me quedo sino me voy o si me pones ese turno me quedo sino me voy, y claro hay gente que está así y otros no, y claro eso crea conflicto, ¿sabes?	1	1	1
	hay gente que acaba de llegar y le han dado una	1	1	1

Categoría	Cita	Ob.1 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob.2 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob. 1.Bis (1 Presencia 0 Ausencia)
	interinidad y hay gente que llevando más tiempo no se lo han dado entonces esas cosas siempre.... Crea recelo....			
	si tu vienes a hacer aquí un curso o cualquier cosa tienes que hacerlo en tu tiempo libre los demás profesionales del hospital lo hacen en su jornada de trabajo eh	1	1	1
	existe cierta resistencia a actuar cuando hay un problema,	1	1	1
	se crea cierta tensión eh y bueno y yo pienso que no es bueno, para nada, en el momento que tu trabajas con tensión no trabajas cómodo no trabajas a gusto y aquí tenemos que tener una mente muy ligera y muy abierta tenemos que tener mucha agilidad mental	1	1	1
Emergencias	lo que llamamos la emergencia que son situaciones más críticas,	1	1	1
Especialidad	y ahora pues se dan circunstancias de que están viniendo personal de distinta formación de distinta cualificación y entonces pues es complicado todo eso para atender a los pacientes y aun no existe tampoco una especialidad reconocida de médico de urgencias,	1	1	1
	no creo que todo el personal ya, no el médico sino yo creo que no tiene conocimiento exacto de que pasa, o como seria claro se está estudiando la carrera profesional a nivel del estado a nivel de Andalucía,	1	1	1

Categoría	Cita	Ob.1 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob.2 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob. 1.Bis (1 Presencia 0 Ausencia)
	pero yo creo que la gente no sabe, no tienen bien definido			
Expectativas profesionales	que sepas que puedes confiar en tus compañeros que ellos confían en ti, es lo más importante, y...	1	0	1
	que mi trabajo sea lo más útil posible para atender a los pacientes que vienen	1	1	1
	piensas que hay pequeños detalles a todos los niveles que puede mejorar, pero eso es una herramienta importante de ayuda de trabajo para mí,	1	0	1
	algunos de nosotros nos gusta más la observación porque son enfermos críticos y enfermos... y no las tonterillas de la puerta que si le duele la garganta... o le duele la rodilla desde hace un año.	1	0	1
	yo espero que ahora pues esto cambie, con un servicio más jerarquizado que se pueda de alguna forma mejorar esa gestión y habría que dar un plazo no	1	1	1
Familiares	familiares que invaden el área de trabajo para atender a sus familiares como es lógico y demandando información, veo que también en ese aspecto con respecto al tema de familiares veo que existe faltas de control, eh, en el acceso de los familiares no está regulado ese acceso, existe un poco de anarquía,	1	1	1
Formación Continua	la formación continuada es la que nos facilita el distrito sanitario	1	1	1

Categoría	Cita	Ob.1 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob.2 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob. 1.Bis (1 Presencia 0 Ausencia)
	anualmente dentro del plan andaluz de urgencias existe un plan de formación y establece un calendario que lo realiza actualmente	1	1	1
	es el centro de formación de la junta de Andalucía, de formación interna de los trabadores oferta una serie de cursos con un calendario, con el contenido y la fecha de realización y el sitio, lo oferta y tú a través de tu distrito realizas la inscripción y te lo conceden o no te lo conceden.	1	1	1
	si encima te vas 24 horas tres días y tienes que hacer la guardia el día antes para cambiarla irte tres días y volverá hacer otra guardia, entonces como tienen pagado el curso y decías tu que no ibas perdías el dinero entonces ya a partir de entonces te hacían firmar un papel rechazando todo eso	1	1	1
	si solicitarlo en un principio si lo que pasa es que ninguno es esta zona, porque casi todos son fuera	1	1	1
	estar allí toda la mañana sentado y al día siguiente también no solamente es no ir a trabajar un día sino que el aprovechamiento del curso lo limitan muchísimo estas pagando un curso, 24 horas sin dormir estas ahí que estas zumbado y esto es una pena porque esto vale un dinero	1	1	1
	tengo que pagar gasolina., la comida, el alojamiento te lo pagas todo	1	1	0

Categoría	Cita	Ob.1 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob.2 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob. 1.Bis (1 Presencia 0 Ausencia)
 muchas veces dices el saber no ocupa lugar, pero si cuesta dinero....	1	1	1
	se facilita, pero.... según lo que he visto hasta ahora a unos más que a otros, (y eso por qué? de qué depende ?) pues del tipo de amistad, y eso tampoco me gusta, pero bueno,	1	0	0
	un filtro previo y ya se redistribuye hacia las consultas externas que es en el caso que algo puede ser demorado un minuto una hora, a lo que tenía que ser atendido como paciente crítico con una cama de critico monitores,, una serie de cuidados que sepas que le tienes que dispensar de una manera más urgente no? y más rápida,	1	1	1
Funcionamiento del servicio	yo creo que funciona porque los que trabajamos aquí nos preocupamos por el servicio y por todas esas cosas, cuando falta alguno nos llamamos el uno al otro pues vente para acá...	1	1	1
	luego esta otra gente vamos como yo pues particularmente hablo de que yo pienso de es esto peor no puede estar, eh, esto nada más que puede ir para adelante	1	1	1
	Cuando funciona no es malo, no es malo, puede ser mejorable, malo no es, mejorable... en... el triaje básicamente... un triaje..... ¡Um!, algo mas... no sé, exactamente, es la,.. Clave es el triaje, eh para identificar claramente al enfermo que esta grave eh	1	1	1

Categoría	Cita	Ob.1 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob.2 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob. 1.Bis (1 Presencia 0 Ausencia)
	se nos pregunta muchas veces si el médico esta en observación o no, si creemos nosotros que debería de entrar dentro y entonces pasa ese paciente a menos que venga el paciente en camilla que no se pueda	1	1	1
	la función es atender a todo el que llegue, vamos, tanto en la puerta como en la observación y bueno tratar a los pacientes y llamar a los especialistas cuando hacen falta	1	1	1
	pues llevo a los enfermos que están encamados cuando estoy dentro	1	1	1
Funciones	pues asistenciales básicamente, atender los enfermos en UCI y las guardias que nos vayan tocando y alguna vez bajamos a observación alguna vez a la semana, por la mañana o nos puede también tocar por la tarde y también asistencial.	1	1	1
	Si pues ver enfermos poner tratamiento, eso básicamente más que otros campos que podría ser investigación que por ahora poco,	1	1	1
Infraestructura s/ recursos	no tenemos enfermería, no tenemos auxiliares no tenemos personal administrativo, no tenemos celadores, lo hacemos todo nosotros, nosotros estamos él médico y el enfermero y punto... se va uno y viene otro y ya está,	1	1	1
	todos los equipos móviles trabajamos con un material	1	1	1

Categoría	Cita	Ob.1 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob.2 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob. 1.Bis (1 Presencia 0 Ausencia)
	muy limitado			
	en cuanto a la infraestructura física del centro? (si)bueno yo creo que en eso el acceso es libre y la posibilidad además de que está instaurada la consulta de triaje	1	1	1
	mejoraría un poco lo que es la integración de los compañeros	1	1	1
Mejoras	yo voy al curso un día libre pero yo quiero que la administración cuando me toca trabajando que lo vean ellos, yo no pido otra cosa, no pido que si yo tengo un día libre yo no quiero que me paguen ese día yo voy y lo pongo.... pero al revés también lo quiero y la dieta hombre	1	1	1
	creo que deberíamos elaborar protocolos y.... organizar charlas sesiones clínicas para unificar... para disminuir la variabilidad clínica	1	1	1
	yo mejoraría la organización sobretodo en urgencias	1	1	1
Miembros del grupo	lo componemos en total el equipo 5 médicos y 5 enfermeros y estamos 24 horas	1	1	1
	el equipo es fijo si nosotros somos 5 y por parejas y casi todos llevamos el mismo tiempo excepto una compañera que lleva menos tiempo porque la otra chica se fue cambió de puesto de trabajo nosotros	1	1	1

Categoría	Cita	Ob.1 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob.2 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob. 1.Bis (1 Presencia 0 Ausencia)
	llevamos ya 5 años cuatro años y pico todos este sería nuestro quinto año todos y los enfermeros son todos los mismos menos esta chica			
	entonces tienes que conocer bien tu trabajo y confiar en tu compañero y él en ti, conocer muy bien tu trabajo y que trabajen bien sino... off aquí cuando te viene un sustituto ... lo pasas muy mal	1	0	0
	yo no sé si es que no se nos aporta parte de eso de la motivación y la incentivación o no se le ...	1	1	1
	yo la verdad me encuentro motivado e incentivado no pero, no sé, exactamente cuál puede ser el problema eh	1	1	1
Motivación e Incentivación	teniendo a la gente formada y un poquito incentivada no en el aspecto económico, sino tenerla un poco más contenta	1	1	1
	yo no sé si es que no se nos aporta parte de eso de la motivación y la incentivación o no se le ...	1	1	1
Motivos para entrar en el grupo de trabajo	empecé a trabajar como me propusieron el puesto como quedo una vacante	1	1	1
	me convencieron un poco los compañeros y demás y muy bien, muy bien	1	1	1

Categoría	Cita	Ob.1 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob.2 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob. 1.Bis (1 Presencia 0 Ausencia)
	a mí me gusta la urgencia yo no podría estar en un centro de salud, viendo gargantitas, colesteroles y esas cosas a mí me gusta ver el paciente pero bueno se puede mejorar	1	1	1
	mis últimos meses de residencia dos meses estuve aquí, entonces pues conocía un poco de antes	1	1	1
	en el hospital tiene en urgencias conflictiva la familia pero está el paciente y un familiar pero en la casa el territorio es el suyo y tienes uno y veinte familiares y la gente se empecina	1	0	1
Perfil paciente	en teoría la emergencia es la situación... eh, la demanda que existe un riesgo vital en menos de una hora, que si no se atiende en menos de una hora tiene peligro de muerte	1	1	1
	Por agresividad o porque se hayan intoxicado con coca en un domicilio con problemas grandes, nosotros hemos llamado a la policía pero la policía tarda o no viene o por lo que sea y dices yo entro o no entro.....	1	1	1
	el plan andaluz de urgencias en las asistencias hospitalarias establece dos diferencias la emergencia y la urgencia	1	1	1
Protocolos de actuación	el que filtra establece si es una emergencia o una urgencia manda un medio u otro	1	1	1
	protocolos de asistenciales marcados últimamente se están tratando los procesos asistenciales también te lo	1	1	1

Categoría	Cita	Ob.1 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob.2 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob. 1.Bis (1 Presencia 0 Ausencia)
	marcan por patologías, pero están pocos establecidos			
Relación con el paciente	yo personalmente el trato con los pacientes es bueno porque claro yo cuando los veo, los veo en una situación más., más delicada entonces... pues tengo que informarles de otra forma, tengo que darle datos que a lo mejor no quieren escuchar o cosas que no quieren oír o que no quieren saber entonces, yo ahora mismo, en líneas generales es buena, la información o sea el trato con el enfermo y la familia buena,	1	1	1
Relación con el servicio de Urgencias	si puntualmente yo acuerdo con distintos compañeros para hacer o bien sustituciones porque les viene mal la hora que ellos tienen entonces yo se las hago algunas tardes, algunos fines de semana o bien porque hay huecos que cubrir y...	1	0	1
Relación con otros servicios del hospital	Sobre todo con los niños, bueno es que es absurdo porque nosotros no somos pediatras y se viene de su pediatra aquí para que le digamos si se toma lo que le ha mandado y eso... mucha gente.	1	1	1
	la relación con la primaria que tampoco tenemos mucha, con los centros de salud. Yo, en todo este tiempo no hemos tenido ni una reunión en conjunto no, pues para derivaciones y cosas de esas, ¿no?	1	1	1
	tengo entendido por lo que me cuentan mis compañeros que por la mañana no suelen bajar los	1	1	1

Categoría	Cita	Ob.1 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob.2 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob. 1.Bis (1 Presencia 0 Ausencia)
	internistas porque un día de diario pues que claro tienen que atender arriba la hospitalización su trabajo diario			
Relaciones interpersonales	yo hay compañero que dudo que exista porque yo veo al del día anterior y al de posterior, pero a los otros no los veo en mi vida	1	1	1
	con uno porque tengo una relación de amistad enorme y estamos todo el día juntos	1	1	1
	Con tu enfermero que es el 100% que vives... vamos al final es una relación absoluta comes duermes pasas los malos momentos, los buenos y todo lo pasas con él, te relacionas de una forma muy intensa	1	1	1
Relación con el administrador	nuestro coordinador dimitió	1	1	1
	aparte de su buena voluntad y tiempo, a parte el no pertenece al servicio	1	1	1
	nosotros tenemos una diferencia con los centros de salud y con los demás servicios y es que no tenemos.... ningún director médico	1	1	1
Relación paciente/ hospital	yo no manejo el tema de las reclamaciones, pero posiblemente si se estudiase verían a lo mejor que muchas reclamaciones tienen que ver con la hora de las comidas, o con las horas... o a lo mejor cuando nos vamos a comer siempre hay un médico menos en	1	1	1

Categoría	Cita	Ob.1 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob.2 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob. 1.Bis (1 Presencia 0 Ausencia)
	puerta y después del turno de 4 pasa a dos y esas son horas de mucha demanda.			
	pero es muy importante eso el primer contacto, es muy importante, sabes y no ya el primer contacto que yo le pueda dar sino el primer contacto que tenga con el sistema en cuanto a la información porque si no ya si lo sillas rebotados es muy difícil volver a encauzarlo.	1	1	1
	tiene mucho que ver el cómo trate el hospital en su conjunto a ese paciente, no el profesional sino el acceso, el acceso debe estar más agilizado y eso se consigue pues con personal trabajando... en las consultas	1	1	1
	en urgencias no se pueden medir así porque hay días que tenemos más y días que tenemos menos pero es imposible y luego ... el lucrarte por asistencia es como pagarle a un bombero por incendios	1	1	1
Rendimiento /productividad	es para situaciones patológicas urgentes si las hay o no las hay y sino que tienes que crearlas o que, aparte yo no puedo atender 4 o 5 pacientes hora, nada más que con la activación, desplazarte al domicilio subir a un cuarto o donde sea, asistirlo trabajar lo que sea,	1	1	1
	ampliaron la observación porque teníamos 9 camas en observación y 3 de críticos y ahora tenemos 17 camas, en observación y 3 de críticos pero con el mismo personal,	1	1	1

Categoría	Cita	Ob.1 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob.2 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob. 1.Bis (1 Presencia 0 Ausencia)
	llevo trabajando en el servicio 4 años	1	1	1
Tiempo en el servicio	aquí en este hospital llevo desde el 87 estuve... 2 años en medicina interna desde el 92 al 94, porque entonces no había internistas y nos subieron a unos cuantos de urgencias, vamos a dos, y después en el 94 ya volví a urgencias, y aquí estoy, o sea que desde 87,	1	1	1
	yo llevo muy poco tiempo aquí	1	1	1
Tipo de jornada laboral	tenemos turnos de distinta rotación pero están en torno a las 12 horas en general, hace más tiempo si tuvimos 24 horas	1	1	1
	pues entro de 8 a 15 normalmente de 9 a tres, mas las guardias que son cada seis días	1	1	1
	tenemos turnos de distinta rotación pero están en torno a las 12 horas en general, hace más tiempo si tuvimos 24 horas	1	1	1
	pues entro de 8 a 15 normalmente de 9 a tres, mas las guardias que son cada seis días.	1	1	1
Tipo de enfermedad	los pacientes que solicitan nuestra ayuda, una vez lo asistes en una parte, que son más vánales u otros que puedan ser de enfermedades más graves o de enfermedades más crónicas que son largas en el tiempo y que tienen distintas enfermedades juntas y hay que evaluar todo eso	1	1	1
Tipo de paciente que atienden	colegios, institutos, todo, domicilios particulares y vía pública incluida urbana como carretera, interurbana y todo porque vamos desde rescate a las playas con inmigrantes a senderistas que se han caído por un	1	1	1

Categoría	Cita	Ob.1 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob.2 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob. 1.Bis (1 Presencia 0 Ausencia)
	carril o una vereda lo cubrimos todo.			
Valoración de los profesionales	pues la verdad es que hay grandes profesionales en urgencias yo no me canso nunca de decirlo,	1	1	1
	yo pienso que los recursos humanos son muy importantes y en este tipo de trabajo más que se viven situaciones a veces un poco limites, ¿no?	1	1	1
	hay gente que quiere que esto funcione, pero hay otra gente que o no quiere, o no le interesa, o que está muy cómodo tal como estaba antes	1	1	1
Valoración del trabajo realizado	se nos pide en ese aspecto buena disposición cuando no se dan cuenta que nuestro trabajo es a turnos a lo mejor tengo un martes libre pero he trabajado un domingo o he estado toda la noche 24 horas tienes tu descanso pero a expensas de algo no regalado	1	1	1
	la disposición de nuestro tiempo libre como es el único por la mañana parece como que tengo que hacerlo será como un día laborable para ti	1	1	1
	la calidad seria lo contrario no todos lo que pueda yo ver en una hora sino el tiempo que le puedo dedicar a un paciente, tendrá más calidad si le puedo dedicar más tiempo a un paciente, si lo veo en menos tiempo es todo lo contrario, pero bueno. Esos aspectos pues uno no los entiende, son imposibles.	1	1	1
	no por trabajar no es el trabajo... eso me da igual si no es por la forma de trabajar que no lo haces bien a lo mejor, tienes que ir más rápido y repercute sobre todo	1	0	1

Categoría	Cita	Ob.1 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob.2 (1 Presencia 0 Ausencia)	Ob. 1.Bis (1 Presencia 0 Ausencia)
	en el paciente en ese sentido no es lo mismo que lo veas bien....			

Si consideramos un valor de $k=0$ refleja que la concordancia observada se debe al azar, que $k=-1$ refleja el mayor grado de discordancia y $k=1$ el mayor grado de concordancia. Los resultados obtenidos en el análisis (ver Tabla 36) muestran muy buenos resultados: el coeficiente para el grado de acuerdo Intracodificadores fue de 0,922 y de 0,879 para el de intercodificadores (Cuba y Lincoln, 1994; Goetz y Lecompte, 1988; y Landis y Koch, 1977).

Tabla 36

Cálculo de medidas de acuerdo Kappa inter e intra codificadores.

	Valor	Error estándar <i>Asintótico^a</i>	Aprox. <i>S^b</i>	Aproximación
Intercodificadores				
índice Kappa	,879	,030	103,493	,000
N de casos	117			
Intracodificadores				
Índice Kappa	,922	,025	108,160	,000
N de casos	117			

Nota. ^aNo se supone la hipótesis nula. ^bUtilización del error estándar que asume la hipótesis nula.

6.4. Principales Conclusiones y Síntesis del Capítulo.

En base a los capítulos anteriores, el objetivo de este capítulo consistía en obtener, mediante un abordaje multimétodo, información sobre los principales componentes que subyacen en el concepto 'ambiente grupal de trabajo'.

De esta forma, se obtuvieron dos modelos permitiendo examinar la variabilidad diferencial de la información aportada por ambos procedimientos (Holgado, Chacón, Vila, Delgado, Sanduvete y Barbero, 2015):

- a) En la fase cuantitativa, tras el Análisis Factorial Exploratorio, se obtuvo un modelo compuesto por 4 factores: Productividad del grupo de trabajo, Relación laboral intragrupal, Trabajo individual y Satisfacción laboral.
- b) En la fase cualitativa, tras realizar el análisis de contenido, se obtuvo un modelo compuesto por 5: Productividad, Relación Laboral, Trabajo individual, Satisfacción Laboral y Características del Servicio.

A nivel general, los modelos presentados guardan ciertas similitudes con los modelos inicialmente planteados en el marco teórico de la presente tesis doctoral (capítulo 2), al registrar información sobre todo lo relativo con el clima laboral o ambiente grupal de trabajo como horarios, retribución, beneficios y

servicios obtenidos, posibilidad de carrera profesional, relaciones humanas relevantes para la satisfacción del personal y aumento de la productividad o las características del entorno de la organización formal donde se generan dichos procesos (Casas et al., 2002); y, por tanto, se recogen factores de carácter psicosocial y organizacional (Brown y Holmes, 1986).

Los componentes encontrados tras el proceso analítico aparecen referenciados en la literatura especializada por diferentes trabajos; e.g., productividad (Salazar, Guerrero, Machado, y Cañedo, 2009; Salgado et al., 1996), relación laboral (Delgado et al., 2006; Litwin y Stringer, 1999), trabajo individual (Delgado et al., 2006; Likert, 1967), o satisfacción laboral (Brunet, 2004; Chiang, 2010; Juárez Adata, 2012; Locke, 1968; Muñoz Seco, Coll, Torrent, y Linares, 2006).

A diferencia de los modelos teóricos de corte eminentemente cuantitativo (concepto factor indicador), la fase cualitativa permite ofrecer información más detallada de aquellos aspectos que actúan a un nivel meso; es decir, no solamente iría desde las dimensiones del concepto hasta el indicador, sino que tomaría en cuenta los diferentes procesos llevados a cabo que recogen información relevante de cada una de las dimensiones o componentes del concepto (concepto metacódigos, familia de códigos, códigos citas).

Del mismo modo, y a diferencia de planteamientos anteriores, en el modelo propuesto aparece una categoría «características del servicio» que recoge propiedades del contexto de aplicación y está compuesta por las familias de códigos F11, F12, F13 y F14 (perfil del paciente, carencias del servicio, propuestas de mejora y características del servicio, respectivamente) que hacen referencia al tipo de paciente que se atiende, el tipo de enfermedad más común, la relación que tienen los profesionales con los enfermos y los familiares, el tipo de relación existente entre el paciente y la institución, las posibles propuestas de mejora susceptibles de cambio en el servicio, así como información relativa a las características y al funcionamiento propio del servicio.

Para ofrecer evidencias objetivas de fiabilidad de las categorías obtenidas a través de calificaciones emitidas por diferentes evaluadores, se realizó un muestreo aleatorio de todas las categorías encontradas, y aplicó un índice de concordancia entre evaluadores (concretamente, el índice kappa), de tal manera que nos permitió obtener medidas objetivas del grado de proporción de acuerdo observado en las categorías construidas.

Los resultados obtenidos muestran índices de fiabilidad muy buenos (intracodificadores: 0,922; intercodificadores: 0,879; Landis y Koch, 1977).

En los siguientes capítulos se presentarán, por un lado, el análisis de la convergencia y/o divergencias encontrados derivados de este proceso simultáneo de aplicación de metodología cualitativa y cuantitativa; y por otro lado, un nuevo instrumento de medición del «ambiente grupal de trabajo o clima laboral» depurado a partir de los datos de estos análisis.

CAPÍTULO 7.

**ANÁLISIS DE LAS CONVERGENCIAS Y/O
DIVERGENCIAS ENTRE LOS DOS PLANTEAMIENTOS
UTILIZADOS.**

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

7.- Análisis de la convergencia y/o divergencia entre los dos planteamientos metodológicos utilizados.....	239
7.1 Representación teórica del modelo de medida ‘ambiente grupal de trabajo.....	240
7.2. Principales elementos del ambiente grupal de trabajo: factores y metacódigos	242
7.3. Representaciones empíricas del concepto ‘ambiente grupal de trabajo’: indicadores y cotas o citas.....	243
7.4. Valoración de los principales componentes del ambiente grupal de trabajo.....	244
7.5. Propuestas de mejora del grupo de trabajo del servicio para potenciar la calidad en la organización.....	248
7.5.1. Principales carencias del grupo de trabajo	248
7.5.2. Propuestas de mejora para potenciar la calidad del servicio respecto a procesos existentes.....	257
7.6.- Principales conclusiones y síntesis del capítulo.....	265

7. Análisis de la convergencia y /o divergencia entre los planteamientos metodológicos utilizados.

Como se adelantó en capítulos anteriores (capítulos 4, 5 y 6), para la parte empírica de la presente tesis doctoral se optó por la triangulación de varias metodologías para el estudio de un mismo fenómeno; en este caso, el estudio del ambiente grupal de trabajo.

La utilización de esta estrategia permite que varios instrumentos de medida y fuentes de datos heterogéneos tanto en su origen como en su procedimiento de recogida, puedan contribuir para el estudio más preciso de un constructo teórico, subsanando y potenciando las debilidades de cada uno (Denzin, 1990).

Por todo ello, en este capítulo se analizan las posibles convergencias o divergencias encontradas entre los resultados obtenidos por los dos planteamientos metodológicos empleados en esta investigación; es decir, la metodología cuantitativa mediante el uso del cuestionario desarrollado anteriormente y la metodología cualitativa, mediante el uso de entrevistas en profundidad.

Por último, se ofrece una valoración general de los principales componentes del ambiente grupal de trabajo en los servicios de cuidados críticos y urgencias del área de gestión del Campo de Gibraltar.

A nivel general se muestra que, comparando los resultados obtenidos a través de ambos procesos analíticos (AFE y Análisis de contenido) se encuentra una gran convergencia en cuanto a los resultados obtenidos en ambos procesos metodológicos, aunque cabe resaltar que la información está mucho más detallada en los resultados obtenidos a partir del abordaje metodológico cualitativo.

Más concretamente, para poder observar las posibles convergencias o divergencias entre los resultados obtenidos por ambos procedimientos metodológicos, se sigue el siguiente esquema lógico:

En primer lugar, se hace una valoración descriptiva de la comparación del modelo de medida resultante en ambos planteamientos metodológicos.

En segundo lugar, se detallan los principales elementos que componen el concepto 'ambiente grupal de trabajo' desde las dos perspectivas, resaltando las posibles semejanzas y/ o diferencias.

En tercer lugar, se comparan las dos representaciones empíricas del concepto a través de los indicadores y las cotas.

Por último, se hace una comparación de las valoraciones del ambiente grupal de trabajo a partir de la información registrada por la encuesta y por las entrevistas en profundidad.

7.1. Representación teórica del modelo de medida del 'ambiente grupal de trabajo'.

En la comparación de los modelos teóricos 'concepto-indicador' resultante, se delimitan los principales procesos que permiten hacer llegar desde el indicador / cota empírica al constructo estudiado.

Para ello, seguimos el modelo propuesto por Lazarsfeld (1973) en el que, desde el plano teórico-sustantivo, tratamos de analizar: 1) las relaciones y constantes del fenómeno observado, 2) el proceso de deducción del concepto y valoración de su complejidad determinando sus principales elementos, 3) la búsqueda de indicadores a partir de las dimensiones preestablecidas, y por último, 4) las posibles modificaciones de vuelta de las dimensiones de los indicadores.

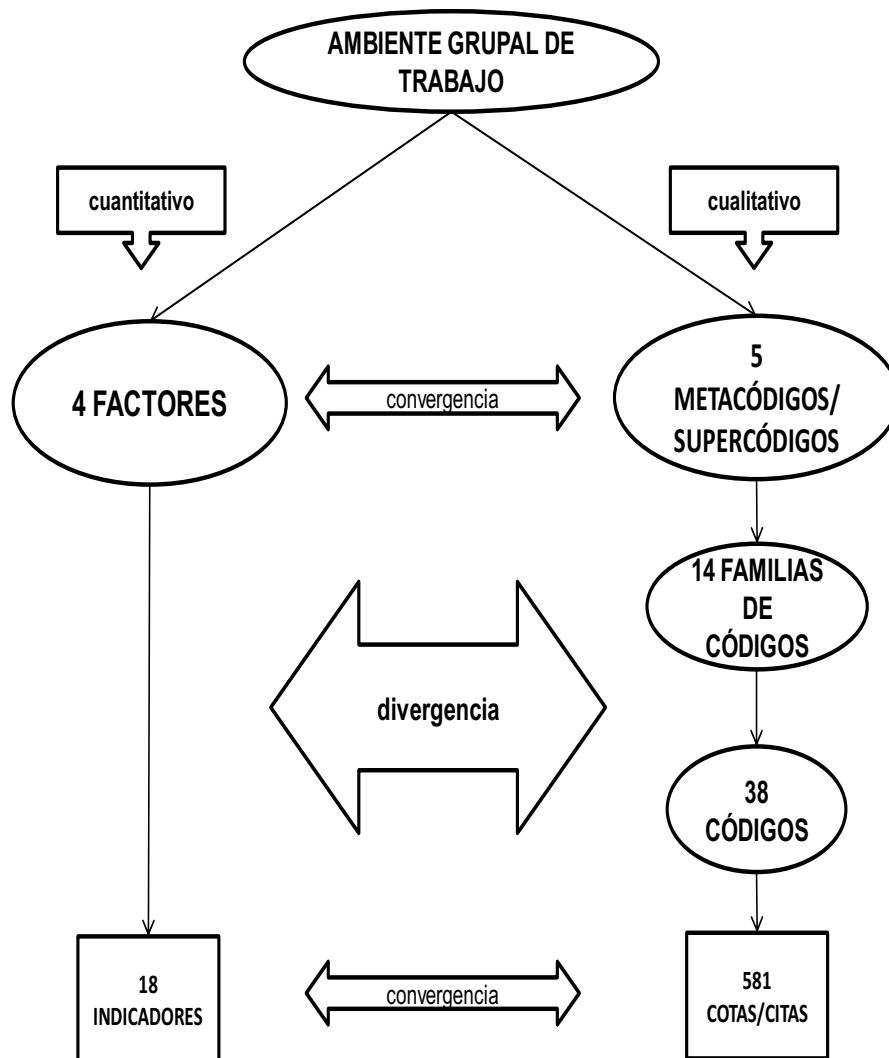
En cuanto a la representación de los diferentes modelos teóricos resultantes representados en sus modelos de medida, tal y como se muestra en la Figura 18, existen convergencias y divergencias entre ambos planteamientos metodológicos utilizados:

- Convergencias en cuanto al primer nivel de abstracción desde el concepto 'ambiente grupal de trabajo' hacia sus principales factores, indicadores o metacódigos, que detallan los principales componentes que encierran el concepto; y también en el nivel empírico, ya que ambos planteamientos presentan indicadores o cotas que permiten recoger información directamente acerca del concepto estudiado.
- Las divergencias entre ambos planteamientos vendrían dadas por la riqueza de los datos que ofrece el abordaje cualitativo, ya que su nivel intermedio de abstracción detalla y delimita los procesos que se dan desde los metacódigos hasta el indicador; es decir, daría un nivel de mayor detalle de cada uno de los componentes principales del concepto, descomponiendo los 5 metacódigos en sus respectivas familias de códigos (14) y, a su vez, con sus respectivos códigos (38).

De cara a una posible validación de constructo mediante modelo de ecuaciones estructurales, el modelo resultante de la fase cualitativa sería demasiado complejo y poco parsimonioso al tratarse de un modelo jerárquico de cuarto orden. Si quisiéramos realizar la misma validación en la fase cuantitativa, trabajaríamos con un modelo mucho más sencillo y operativo.

Figura 18

Convergencias y divergencias entre la representación de modelos del 'ambiente grupal de trabajo'.



Las diferencias encontradas entre ambos planteamientos pueden deberse, entre otros motivos, a las características de los instrumentos empleados para ambos procesos de investigación: el cuestionario posee un carácter mucho más estructurado y cerrado que no permite recoger nueva información mientras que, mediante las entrevistas en profundidad, se permite recoger nueva información al poseer un carácter mucho más abierto y flexible que permite detallar con más nivel de profundidad los procesos que se desarrollan dentro del ambiente grupal de trabajo.

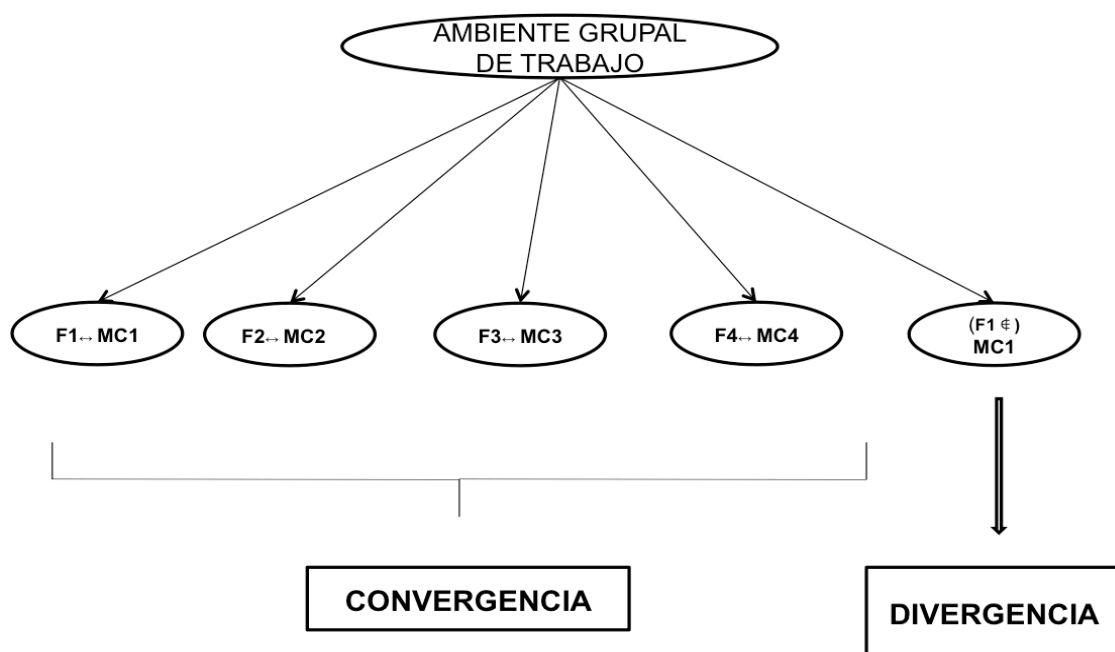
7.2. Principales elementos del ambiente grupal de trabajo: factores y metacódigos.

En la Figura 19, se muestra una comparación de la representación de los modelos obtenidos con ambos procedimientos metodológicos (cualitativo y cuantitativo).

Según el análisis cuantitativo, el concepto 'ambiente grupal de trabajo' estaría compuesto por cuatro factores principales: el factor 1 (F1) 'productividad del grupo de trabajo', el factor 2 (F2) 'relación laboral intragrupal', el factor 3 (F3) 'trabajo individual' y el factor 4 (F4) 'satisfacción laboral'. Estos resultados convergen con los principales metacódigos obtenidos a través del análisis de contenido; en este sentido, el F1 se asimilaría al metacódigo (MC) 1 'productividad', el F2 al MC 2 'relación laboral', el F3 al MC3 'trabajo individual' y el F4 al MT4 'satisfacción laboral'.

Figura 19

Convergencias y divergencias entre los principales elementos del 'ambiente grupal de trabajo'.



Sin embargo, en los resultados obtenidos en el análisis de contenido aparece un nuevo elemento importante dentro del ambiente grupal de trabajo, que haría referencia al contexto más inmediato de ese grupo de trabajo; es decir, a las 'características del servicio de cuidados críticos y urgencias' del hospital, donde los profesionales son capaces de aportar información importante acerca de las características del servicio donde desempeñan su trabajo.

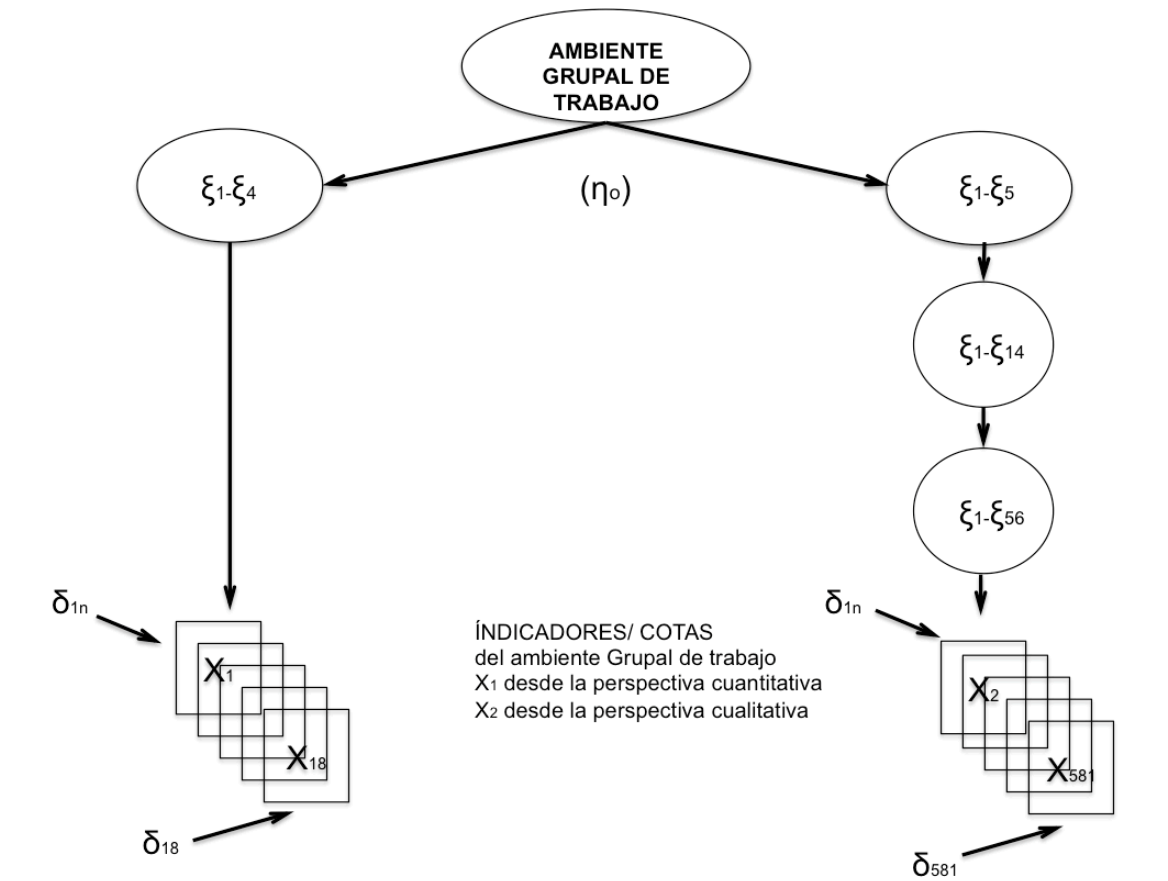
7.3. Representaciones empíricas del concepto ambiente grupal de trabajo: indicadores y cotas o citas.

En cuanto a la representación empírica del concepto a través de los diferentes indicadores aportados, tal y como se ha detallado en ambos procedimientos, en la parte cuantitativa de la investigación se ha recogido información de 113 participantes mediante 18 indicadores que han permitido valorar el grado de consenso de los encuestados en función de las diferentes enunciados que se les han formulado, mientras que en la parte cualitativa de la investigación se ha recogido información de 6 participantes mediante 581 indicadores (cotas/citas) que han permitido valorar los procesos que se generan dentro del ambiente grupal de trabajo.

Por tanto, desde ambos planteamientos se ofrece un conocimiento horizontal (en cuanto a la representatividad de participantes que lo han valorado en la parte cuantitativa de la investigación) y vertical (en cuanto al nivel de detalle aportado en la parte cualitativa de la investigación) acerca del 'ambiente grupal de trabajo'.

En la Figura 20 se representa el modelo desde los indicadores/ cotas hacia el concepto ambiente grupal de trabajo.

Figura 20
Representaciones empíricas del concepto 'ambiente grupal de trabajo'.



Una vez presentadas las convergencias y divergencias entre ambos planteamientos metodológicos empleados, en el siguiente apartado se trata de realizar una valoración general de los principales componentes del ambiente grupal de trabajo, teniendo en cuenta los resultados aportados por ambas perspectivas.

7.4. Valoración de los principales componentes del ambiente grupal de trabajo.

Los principales componentes del ambiente grupal de trabajo son: la productividad, las relaciones laborales, el trabajo individual, la satisfacción laboral y las características del servicio de cuidados críticos y urgencias.

Dependiendo del tipo de análisis realizado (estadístico descriptivo o de contenido) se pueden realizar distintas valoraciones; es por ello que se presentan los resultados por separado.

En cuanto a la valoración de los principales componentes del ambiente grupal de trabajo aportado por el análisis de los ítems del cuestionario, en la tabla que se presenta a continuación aparece un resumen de los resultados presentando; los principales estadísticos descriptivos de medida de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación típica y varianza), que resumen y apoyan la información apartada anteriormente.

Tabla 38

Resumen de los estadísticos descriptivos de tendencia central y medidas de dispersión.

FACTOR 1: productividad del grupo de trabajo	M	Mdn	Mo	S	S²
Ítem 2: Tenemos un propósito común	3,05	3	3	0,98	0,96
Ítem 6: Nos esforzamos por lograr buenos resultados	4,23	4	4	0,74	0,55
Ítem 13: Nos esforzamos por entender las necesidades de nuestros usuarios	3,95	4	4	0,94	0,80
Ítem 15: Nos sentimos orgullosos de nuestro trabajo	3,81	4	4	1,13	1,82
Ítem 16: Nos sabemos adaptar a las nuevas circunstancias	3,81	4	4	1,08	1,05
Ítem 17: Nuestro trabajo es conocido por la calidad de su trabajo	2,97	4	3	1,01	1,03
FACTOR 2: relación laboral intragrupal	M	Mdn	Mo	S	S²
Ítem 7: Prestamos atención a cómo de bien trabajamos juntos	3,21	3	3	1,02	1,04
Ítem 8: Entendemos la importancia del trabajo de cada miembro del grupo	3,66	4	4	1,32	1,06
Ítem 10: Nos esforzamos por mejorar nuestras actuaciones	3,82	4	4	0,95	0,91
Ítem 11: Somos conscientes de las habilidades de cada uno	3,56	4	4	1,05	1,12
FACTOR 3: trabajo individual	M	Mdn	Mo	S	S²
Ítem 1: Se nos reconoce nuestras aportaciones personales	2,43	2	2	0,97	0,94
Ítem 3: Tenemos los recursos necesarios para hacer nuestro trabajo bien	2,54	3	3	1,18	1,25

Ítem 9: Seguimos un plan para dirigir nuestras actividades	2,91	3	3	1,17	1,38
Ítem 14: Participamos en las decisiones de nuestro grupo de trabajo	3,04	3	3	1,24	1,52
Ítem 18: Nuestro trabajo es productivo	3,47	4	4	0,97	0,94
FACTOR 4: satisfacción laboral	M	Mdn	Mo	S	S²
Ítem 4: Desarrollamos nuestras habilidades y conocimientos	3,45	4	4	1,06	1,12
Ítem 5: Sentimos que nuestro trabajo es importante	3,88	4	5	1,13	1,28
Ítem 12: Tenemos claro qué se espera de nuestro trabajo	3,31	3	3	1,06	1,12

De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 38, los participantes estuvieron de acuerdo con 8 ítems (con una media por encima del 3,5); de este modo, los componentes del grupo de trabajo consideran que se esfuerzan por lograr buenos resultados en el trabajo realizado y por entender las necesidades de los usuarios a los que atienden; se sienten orgullosos de su trabajo; se saben adaptar a las nuevas circunstancias; entienden la importancia del trabajo realizado por cada uno de los miembros del grupo; se esfuerzan por mejorar las actuaciones que realizan; reconocen o son conscientes de las habilidades que tiene cada uno de los miembros del grupo de trabajo; y valoran o sienten que el trabajo realizado es importante.

Por otro lado, los aspectos que no fueron valorados ni muy positivamente ni muy negativamente (con medias entre 2,5 y 3,5) fueron: el tener un propósito común y, por tanto, identidad grupal de trabajo; que el trabajo realizado sea conocido por su calidad; prestar atención a cómo de bien trabajan juntos; tener los recursos necesarios para hacer bien su trabajo; seguir un plan de trabajo que guíe sus actividades; participar en las distintas decisiones que se desarrollan dentro del grupo de trabajo; la productividad del trabajo realizado; que el trabajo les permita desarrollar las habilidades y conocimientos previamente adquiridos; y saber lo que se espera de su trabajo.

Finalmente, el aspecto peor valorado (con una media por debajo de 2,5) fue que consideran que no se les reconoce sus aportaciones personales.

En cuanto a la valoración aportada a partir del análisis de contenido, a continuación se presenta una tabla que resume la valoración general de los principales componentes del 'ambiente grupal de trabajo'.

Tabla 39

Valoración de los principales componentes del 'ambiente grupal de trabajo'.

PRODUCTIVIDAD(98 citas)

Infraestructura y recursos: se manifiesta que actualmente en el servicio tienen problemas en cuanto a la escasez de personal médico, lo cual hace que cada personal médico atienda a un gran volumen de pacientes. De acuerdo con los indicadores marcados por el plan de calidad, se consideraría que son productivos; pero los profesionales manifiestan que tal volumen de pacientes dificulta que se le pueda dedicar al paciente el tiempo suficiente para poder ofrecerle una atención sanitaria buena y, de este modo, garantizar la calidad del servicio que se le presta.

Formación: se manifiesta que actualmente existen serias dificultades para acceder a cursos de formación continuada permitiendo así cubrir sus carencias formativas en cuanto a las nuevas técnicas de asistencia sanitaria. También destacan la escasa preparación formativa con la que vienen los nuevos miembros del equipo de trabajo y que, dentro del grupo de trabajo, existen diferencias en cuanto a los niveles de formación, lo cual dificulta el establecer criterios unitarios en cuanto a las intervenciones con los pacientes.

Tiempo que el profesional lleva en el servicio: cuanto mayor es el tiempo en el servicio, mayor es su productividad y mejor el tipo de jornada laboral, destacando las desventajas que tiene el realizar guardias.

RELACIÓN LABORAL (144 citas)

Los **procesos de comunicación**(reuniones, sesiones clínicas, comunicación espontánea, historiales clínicos, etc.) cobran importancia ya que, al ser un servicio 'vivo' en el que continuamente hay cambios, la mejor forma de relevar y delegar el trabajo a otros compañeros es mediante los procesos de comunicación.

Relaciones establecidas entre los miembros del grupo: debido a la tipología del trabajo, los diferentes miembros del equipo tienen que estar en contacto muy estrecho; por ejemplo, cuando atienden algún caso urgente en el que los diferentes componentes del equipo tienen que coordinar sus actuaciones para ofrecer servicio al paciente, la confianza sobre los otros compañeros de trabajo es un factor fundamental.

Administrador del grupo de trabajo: es quien coordina y dirige las actividades del grupo. Se valora positivamente, ya que en tiempos pasados carecían de esta figura, lo que dificultaba la organización de tareas, horarios, objetivos, etc.

Ambiente de trabajo: es valorado como una de las principales virtudes que tienen dentro del grupo de trabajo, y como el factor más importante del entorno laboral ya que, actualmente, las carencias organizativas son cubiertas por la buena voluntad y las ganas de mejorar el servicio por parte de los profesionales que trabajan en él. El buen ambiente de trabajo redundando positivamente en la ejecución del profesional del servicio de urgencias, muy acostumbrado a trabajar con presión debido a la gravedad de los casos que atiende.

TRABAJO INDIVIDUAL (66 citas)

Protocolos de actuación: se manifiesta la necesidad de su implementación para unificar los criterios de todos los componentes del equipo de trabajo y, de este modo, agilizar el tratamiento realizado sobre los distintos pacientes.

Las **tareas individuales** que realizan y las funciones que se les asignan dependen de la categoría profesional; pero todos coinciden en que la mayoría del tiempo ejecutan labores puramente asistenciales, dejando a un lado otro tipo de funciones de carácter investigador o formativo.

SATISFACCIÓN LABORAL (54 citas)

Por lo general, el trabajo que desempeñan les satisface enormemente. Las opiniones negativas al respecto no vienen motivadas por la realización del propio trabajo sino por las carencias que encuentran en el servicio y por la imposibilidad de mejorar por diversas razones.

Se ven en situación desventajosa con respecto al personal perteneciente a otros servicios del hospital, por lo que manifiestan la necesidad de institucionalizar la especialidad de médicos de urgencias.

CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO (221 citas)

Relación con el paciente: destacan que ha habido un cambio en el perfil del paciente: actualmente, valora menos las decisiones profesionales, y exige y demanda pruebas al margen del diagnóstico emitido por el profesional; por otro lado, resaltan su carácter agresivo ya que, en algunos casos, se ha llegado a situaciones de violencia dentro del servicio. Destacan que la mayoría de los problemas con los pacientes vienen del primer contacto que éstos tienen con el hospital, en el sentido de que si inicialmente no se le informa del proceso o se tarda mucho en atenderle, éste condiciona su comportamiento manifestando su malestar.

Necesidades y carencias manifestadas por los profesionales: se plantean posibles soluciones a los principales problemas o conflictos existentes dentro del grupo de trabajo, y con el otro personal del hospital.

7.5. Propuestas de mejora del grupo de trabajo del servicio para potenciar la calidad en la organización.

Una vez realizada la valoración del ambiente grupal de trabajo, en este apartado se trata de ofrecer información acerca de las principales carencias que existen dentro del ambiente grupal de trabajo ya que, según Kettner, Moroney y Martín (1990), todos los problemas existentes en cualquier grupo de trabajo deben ser traducidos a necesidades debidamente identificadas y categorizadas para posteriores intervenciones que posibiliten así su evaluación (Anguera, Chacón, y Blanco, 2008; Chacón, Anguera y López, 2000; Chacón, López, y Pérez-Gil, 2012).

7.5.1. Principales carencias del grupo de trabajo.

En la Tabla 40, se destacan las principales carencias encontradas, acompañadas de la representación de algunas de las citas correspondientes.

En concreto, se destacan principalmente los siguientes problemas:

1. Deficiencias en el diagnóstico
2. Mal funcionamiento del servicio 061
3. Dificultades en cuanto a la accesibilidad a la formación continuada
4. Déficits en el material sanitario
5. Falta de personal médico en el servicio
6. Falta de implementación de unas directrices claras
7. Problemas con la dirección del hospital
8. Falta de espacio en consultas
9. Implementación de protocolos
10. Servicio de triaje; priorización de la demanda de los pacientes del servicio de urgencias.
11. Demora del tiempo de espera del paciente
12. Problemas de motivación del equipo humano
13. Problemas en cuanto a falta de organización en general
14. Deficiente gestión de las camas en el servicio de medicina interna
15. Problemas con el control del acceso al servicio
16. Sentimiento de inseguridad del personal sanitario
17. Presión asistencial
18. Problemas de coordinación con otros hospitales de la zona
19. Conflictos que se generan dentro del grupo de trabajo
20. Problemas en cuanto al horario de visitas

Tabla 40

Principales carencias del grupo de trabajo.

CARENCIA	CITAS
<p>Deficiencias en el diagnóstico de las situaciones de emergencias y urgencias planteadas por los potenciales pacientes. Mal filtraje de las llamadas del 061 para identificar emergencias y urgencias.</p>	<p><i>la emergencia más o menos está clara; cuando la hacemos es porque se ha filtrado mal.</i></p> <p><i>...el que filtra establece si es una emergencia o una urgencia, y manda un medio u otro. Lo que pasa es que nosotros vamos a patologías que a lo mejor a priori son urgentes pero, cuando llegas al sitio, pues es una emergencia.</i></p>
<p>Mal funcionamiento del servicio 061 en cuanto al filtrado de llamadas debido al gran volumen de llamadas que atienden, la escasa información que reciben en las llamadas telefónicas y la amplia cobertura de población que tiene.</p>	<p><i>Cuando el equipo 061 está ocupado o no está operativo por el motivo que sea, nosotros cubrimos en verdad las emergencias.</i></p> <p><i>nos pasa bastante porque el 061 cubre una gran zona.</i></p> <p><i>ahora mismo, la emergencia va al 061 con los que trabajamos en paralelo... pero ¿qué pasa? Esto lo filtra un centro coordinador que está en Puerto Real...</i></p>
<p>Dificultades en cuanto a la accesibilidad a la formación continuada por parte del equipo humano perteneciente al servicio de cuidados críticos y urgencias en cuestión de tiempo dedicado a formación continua, incentivación en cuanto a dietas y desplazamientos, e información de los cursos que se están realizando dentro del área de gestión de urgencias.</p>	<p><i>luego, otro problema de accesibilidad es el de las sustituciones, que las tienes que hacer normalmente en tus días libres.</i></p> <p><i>no te cubren ni dietas ni desplazamientos; nada más que te pagan la inscripción del curso.</i></p> <p><i>el curso es lo gratuito; entonces, si en el horario del curso estás trabajando, tienes que cambiar la guardia; y es muy difícil que te la cambien.</i></p> <p><i>el año pasado nos hacían firmar, cuando te inscribías a un curso, que renunciabas a ser sustituido como requisito.</i></p> <p><i>yo creo no; no, la gente no tiene conocimiento exacto de si hay algo ya organizado al respecto.</i></p> <p><i>las principales necesidades... a nivel de formación.</i></p>
<p>Déficits en el material sanitario disponible y en la reposición del</p>	<p><i>Los déficits de material y todo lo demás es por nosotros; en la guardia tenemos cosas que hacer y</i></p>

CARENCIA	CITAS
<p>mismo. No existe personal encargado de coordinar los pedidos de material sanitario.</p>	<p><i>no hacemos los deberes</i></p> <p><i>es que al día siguiente te lo encuentras peor, y ya es una dejadez que es una guerra, y sigue habiendo sitios donde los compañeros van con la medicación en los bolsillos y no reponen más.</i></p> <p><i>van a su bola y van cargados de la munición porque no la dejan, porque al día siguiente no está</i></p>
<p>Problemas en cuanto a la comunicación formal; concretamente, reuniones y sesiones de carácter clínico, ya que se plantean en el tiempo libre de los trabajadores y fuera de la jornada laboral habitual.</p>	<p><i>como si te hacen trabajar de lunes a viernes, y te dicen que las reuniones de empresa son los domingos; entonces, bueno, tú...</i></p> <p><i>no, nunca hay sesiones clínicas y reuniones; reuniones sólo para protestar y esas cosas; nos reunimos porque, bueno, nos reunimos nosotros</i></p> <p><i>si tú vienes a hacer aquí un curso o cualquier cosa, tienes que hacerlo en tu tiempo libre; los demás profesionales del hospital lo hacen en su jornada de trabajo</i></p> <p><i>probablemente, ese sea uno de los problemas que habría que solucionar; convendría que fuéramos capaces de mejorar la organización, definir esas tareas, reunirse.</i></p> <p><i>no se favorece la comunicación...</i></p>
<p>Falta de personal médico en el servicio, lo que provoca recelo del equipo humano respecto al nuevo personal contratado en el servicio, al entrar con un nivel de exigencias que les beneficia con respecto al personal permanente del servicio.</p>	<p><i>últimamente hay un poco mas de malestar porque, como todas las cosas, ahora que no hay médicos, llegan médicos y exigen cosas que se les dan.</i></p> <p><i>hombre, en general, falta gente.</i></p> <p><i>falta personal.</i></p> <p><i>hay 4 consultas, hay mucha demanda y... es que no hay más espacio, claro; es que no se pueden poner más consultas porque no hay donde verlos, pero tampoco hay médicos</i></p> <p><i>las principales necesidades... el número de personas que trabajan en el servicio.</i></p> <p><i>entre las 23 de la noche y las 2 de la mañana, haría falta al menos una persona más; veo yo que hay deficiencias desde el punto de vista que yo conozco: el de urgencias</i></p> <p><i>.... pero no nos han ampliado el personal; a veces se</i></p>

CARENCIA	CITAS
	<p><i>necesita más médicos que te ayuden en determinadas áreas.</i></p> <p><i>porque no lo veo lógico y cada vez se amplía mas la observación pero no se amplía el personal; se sigue quedando un medico. Ahora estamos bajando nosotros de apoyo, pero eso lleva desde que yo he venido creo.</i></p> <p><i>sí porque falta gente, o tú bajas y te encuentras solo o no sabes quién va a venir; o no sabes si vendrá, que es un poco así todo al día, y entonces yo, eso... vamos... a mi es que no me gusta trabajar así</i></p>
<p>Falta de implementación de unas directrices claras por parte del responsable del grupo, que organice el trabajo del equipo humano.</p>	<p><i>yo pienso que el problema principal que tiene esto es que falta un jefe; un jefe que esté en urgencias; que esté todos los días, que coordine un poco, que vea lo que pasa todos los días; no que se entere por lo que le cuenten; eso estamos hartos de decirlo.</i></p> <p><i>El nuevo jefe está.... porque yo no sé si tú conoces al nuevo jefe, pero me imagino que sí, y es el Jefe de todo; o sea, que no puede estar físicamente en todos lados ¿no?</i></p> <p><i>El nuevo jefe lo ha organizado: te han dejado el día libre buscando a gente y eso, y lo ha hecho aquí; en el Campo del Gibraltar.</i></p> <p><i>yo pienso que lo fundamental es el jefe y protocolos; vamos, un jefe dedicado a urgencias.</i></p> <p><i>el nuevo jefe pasa como un meteoro porque siempre va corriendo de un lado para otro el hombre.</i></p> <p><i>pues yo empezaría por eso; por poner orden; un jefe que obligara a unos protocolos y que se preocupara de que haya más personal.</i></p>
<p>Problemas con la dirección del hospital, en cuanto a que no son sensibles a las necesidades y problemática que plantea el equipo de trabajo.</p>	<p><i>hicimos una carta, la firmamos todos, pidiendo a la dirección unos puntos; y no nos han hecho ni caso.</i></p> <p><i>la verdad es que esto ha estado muy abandonado y, bueno, da igual que se sepa; porque yo lo digo y, bueno, porque el jefe que habido no se preocupaba mucho y el que hay ahora tiene demasiado trabajo para preocuparse.</i></p> <p><i>fórmulas para intentar arreglar todo eso, eso vamos, eso lo saben todos; digamos los responsables del</i></p>

CARENCIA	CITAS
	<p><i>servicio y del hospital; pienso que lo saben; las formulas son muchas veces muy fáciles: dejar a la gente que quiere trabajar que trabaje</i></p>
<p>Falta de espacio en consultas de atención al paciente.</p>	<p><i>Hombre, necesidades... yo creo que hace falta espacio; el otro día salió en el periódico que van a poner dos consultas de pediatría, pero aquí nadie ha dicho nada.</i></p> <p><i>... es que no hay más espacio, claro; es que no se pueden poner más consultas porque no hay dónde verlos.</i></p> <p><i>el espacio es importantísimo; si vamos a ver a los niños, poner en condiciones la sala.</i></p> <p><i>de espacio estamos mal.</i></p> <p><i>esto está muy limitado de camas; muy limitado de espacio.</i></p>
<p>Implementación de protocolos de actuación que sistematicen y unifiquen criterios de los distintos profesionales que trabajan en el servicio.</p>	<p><i>el mayor defecto que yo le veo a esto es que no se siguen protocolos; que cada uno hacemos lo que nos da la gana.</i></p> <p><i>los protocolos también... son regulares.</i></p> <p><i>unificar criterios; o sea, hacer unas líneas de actuación; unos protocolos de actuación con los que todo el mundo hagamos lo mismo.</i></p> <p><i>faltan protocolos, siempre lo estamos diciendo; en ese sentido, sí faltan, para muchas cosas, sí faltan protocolos</i></p>
<p>Triaje: priorización de la demanda de los pacientes del servicio de urgencias.</p>	<p><i>no puedes priorizar muy bien y...</i></p> <p><i>los protocolos de triaje también son regulares</i></p> <p><i>se le toman las constantes, se le pregunta qué le pasa y, dependiendo de la valoración del enfermero o del personal que esté en triaje, se nos consulta más rápidamente a los médicos o no</i></p> <p><i>la clave es el triaje, para identificar claramente al enfermo que esta grave; que no sucede en muchas ocasiones, pero hay muchos enfermos que se pasan...</i></p> <p><i>además, al lado de la sala de triaje, está la gente hablando</i></p>

CARENCIA	CITAS
<p>Demora del tiempo de espera del paciente que se atiende.</p>	<p><i>a la hora de desayunar o de merendar se queda un ATS para 4 consultas, y claro, si le tiene que sacar a las 4, pues media hora no se la quita nadie. Entonces, demora mucho (silencio).</i></p> <p><i>poquito tiempo que se queda. La familia tiene que entrar a lo mejor a la hora y no te da tiempo todavía de asumir esos pacientes.</i></p> <p><i>es tiempo perdido porque el paciente puede estar bien, pero no te ha dado tiempo a verlos bien.</i></p>
<p>Problemas de motivación personal del equipo de trabajo.</p>	<p><i>Habría que hacer mejoras a nivel de motivación e incentivación del personal</i></p> <p><i>compromiso, motivación; o sea, que falta mucho, mucho por hacer.</i></p> <p><i>o no quieren estar bien preparados en el sentido de, no sé, o falta de compromiso, que no quieren estar por comodidad, por lo que sea; no quieren dar un paso más para avanzar.</i></p> <p><i>el acceso de los familiares y enfermos ¿no? no puede entrar gente, colarse en observación como Pedro por su casa, que le llame la atención y, encima, te conteste mal, ¿no?</i></p>
<p>Problemas en cuanto a falta de organización general por parte del funcionamiento del servicio.</p>	<p><i>las principales necesidades... a nivel de organización.</i></p> <p><i>el problema... aquí hay un problema fundamental: es que no hay engranaje, hay las estrellas ninja que te las tiran de vez en cuando y bueno, tú tienes que empezar a funcionar como un engranaje; pero a veces no tienes piezas con las que engranar.</i></p> <p><i>en cuanto a la organización, todos los... son organización personal.</i></p> <p><i>a mí me gusta que esté más organizado, o que si tú tienes un día en observación, pues ese día vas; pero si no tienes, pues te quedas en UCI. Pero no que te digan a media mañana:- baja; o por la mañana, cuando te ven:- baja abajo.</i></p>

CARENCIA	CITAS
<p>Deficiente gestión de las camas en el servicio de medicina interna.</p>	<p><i>El tema de observación pues todo el mundo sabemos que existe un problema importante; que debido a una deficiente gestión de camas arriba, en medicina interna, se acumulan muchísimos enfermos en los pasillos que ya están previamente ingresados pero que, por falta de camas, no los pueden subir arriba.</i></p> <p><i>Y claro... arriba también es verdad que faltan camas; entonces... esto tiene que... tienes que sacrificar otros servicios quirúrgicos interrumpiendo, suspendiendo muchas veces intervenciones quirúrgicas para poder ingresar un paciente en medicina interna.</i></p> <p><i>...con la nueva medicina interna... bueno; quizás habría que estudiar a fondo qué es lo que está ocurriendo allí para poder buscar allí...</i></p>
<p>Problemas con el control del acceso al servicio, lo cual hace que los pacientes y los familiares de los pacientes invadan el espacio de trabajo.</p>	<p><i>con lo cual queda ahí una especie de colapso: muchísimas personas de fuera, de familiares, que invaden el área de trabajo para atender a sus familiares como es lógico, y demandando información,</i></p> <p><i>dificulta nuestra labor; que yo creo que se debería ser más rígido en el control del acceso porque también, entre otras cosas, no solamente es nuestro trabajo sino que pienso que...</i></p> <p><i>también de alguna forma se está atentando contra la dignidad del enfermo,</i></p> <p><i>ves eso, sí, porque se cuele mucha gente; es un problema, ¡qué problema! Muy grave porque entran y no hay un control, muchas veces, de las personas, de los familiares, que entran por un lado y por otro, que se te ponen en la puerta, que... eso pasa mucho.</i></p>
<p>Sentimiento de inseguridad personal sanitario.</p>	<p><i>seguridad; afortunadamente no, estaban abajo; hasta el año pasado estaban arriba y, si había algún problema, estaban indefensos los profesionales.</i></p> <p><i>la seguridad; sobre todo, la seguridad.</i></p>
<p>Presión asistencial por parte del personal que trabaja en el servicio debido al gran volumen de pacientes que atiende en su</p>	<p><i>Porque, en parte, pues hay muchos problemas. Veo que hay mucha demanda: atender muchos enfermos porque viene mucho volumen de pacientes....</i></p> <p><i>eso; que muchas veces te supera el tener tantos</i></p>

CARENCIA	CITAS
jornada laboral.	<p><i>pacientes.</i></p> <p><i>cuando estás dentro, solo en esa observación y con tantos pacientes y con tantas camas, es que no lo puedes hacer bien; por eso, porque te falta tiempo para cada uno. Es tiempo perdido porque el paciente puede estar bien pero no te ha dado tiempo a verlos bien.</i></p> <p><i>pero si tienes 20 esperándote y aporreándote en la puerta, en ese sentido...</i></p>
Problemas de coordinación con otros hospitales de la zona.	<p><i>otro problema que tenemos es los traslados a otro hospital, en cuanto a disponibilidad de ambulancia; de contar con el 061</i></p> <p><i>a lo mejor tenemos una urgencia y tenemos que esperar dos horas como mínimo; una hora y media o dos horas para trasladar a un enfermo; o programamos un traslado del día anterior.</i></p> <p><i>entonces eso; yo también lo veo un problema aquí; porque tú eres un hospital que depende de otro; que no tienes todos los servicios aquí; cuando te planteas algo urgente, pues sabes que lo urgente es relativo.</i></p>
Conflictos que se generan dentro del grupo de trabajo como fruto del trato diferencial a los trabajadores en función de las exigencias que plantean: la división de opiniones entre los profesionales que quieren mejorar constantemente el servicio y los que prefieren mantenerlo tal y como está ahora; en cuanto al trato que se da al nuevo personal que se incorpora al servicio; o respecto a las comparaciones que se realizan respecto a otros servicios del	<p><i>no puede ser una misma unidad; no se puede ir a dos velocidades.</i></p> <p><i>o sea; tú eres médico y vienes abajo y dices:- si me das una interinidad, me quedo; sino, me voy; o: - si me pones ese turno, me quedo; sino, me voy. Y claro, hay gente que está así y otros no, y claro, eso crea conflicto ¿sabes?</i></p> <p><i>hay gente que acaba de llegar y le han dado una interinidad; y hay gente que, llevando más tiempo, no se la han dado; entonces, esas cosas siempre.... crean recelo....</i></p> <p><i>existe cierta resistencia a actuar cuando hay un problema.</i></p> <p><i>se crea cierta tensión, y bueno, y yo pienso que no es bueno, para nada; en el momento en que tú trabajas con tensión, no trabajas cómodo; no trabajas a gusto.</i></p> <p><i>te encuentras con muchas, pero con muchísimas trabas; y luego hay gente, bueno,</i></p>

CARENCIA	CITAS
hospital.	<p><i>independientemente de eso, es que luego tú ves a gente aquí que funciona, y otra gente que funciona pero que está un poquito cohibida porque es que no, no pueden salir, o no la dejan salir, o no deben salir.</i></p> <p><i>el problema es que aquí como se hacen las cosas, como se hacían... entonces los elementos nuevos pues somos un poquito, pues vistos como bichos raros; y para que té metes en esto, y esto por qué, y esto que anda ya, no sé qué, no sé cuánto</i></p> <p><i>sí, pero muchas veces las cenizas están pegadas a ti; te cuesta mucho trabajo, vamos, estamos en ello; se empiezan a ver cosas, lo que pasa es que, claro; cuando digamos que es un 50 a 50 es como el juego de la cuerda a ver quién puede más; y tampoco podemos ser un juego de la cuerda porque entonces entramos en conflicto dentro del mismo equipo.</i></p> <p><i>Yo, vamos, si estuviera de mi mano yo quitaba a mucha gente e iniciaba esto a partir de...</i></p> <p><i>como hay que trabajar aquí y de lo que se trata es de comparar, de por qué allí sí y aquí no... no sé que, como funcionamos y dependemos de una misma jefatura y... pues entonces ahí también hay mucho recelo e incluso conflicto</i></p>
Problemas en cuanto al horario de visitas por parte de los familiares	<p><i>la verdad es que pierden el tiempo ahí porque no hay una hora concreta de pase; son todo aproximado y tú te agobias porque no te da tiempo a ver a los enfermos. Entonces yo creo que es un absurdo tener las visitas una a las 9:30, otra a las 15:30 y el pase es a las 15:00, y otra después por la noche, a las 22:00 o 22:30</i></p> <p><i>cuestiones puntuales, como horarios de visita de familiares, pues intentar cambiarlos.</i></p> <p><i>poner horarios nuevos en ese sentido, que es una cosa que estamos intentando cambiar.</i></p>

7.5.2. Propuestas de mejora para potenciar la calidad del servicio respecto a procesos existentes.

El concepto de calidad está ligado al mundo sanitario desde muy antiguo. Si bien resulta difícil de definir como ya hemos visto anteriormente, la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* lo hace como “la medida en que los servicios sanitarios, tanto los enfocados a los individuos como a los colectivos, mejoran la probabilidad de unos resultados de salud y son pertinentes al conocimiento profesional”.

De entre los procesos existentes en el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del hospital, uno de los principales son los asistenciales, que son los proporcionados por los profesionales a los demandantes de atención sanitaria urgente, que ha de ir dirigida a resolver el problema o la demanda que plantee.

La calidad asistencial que proporcionan los servicios sanitarios han de contar con una práctica clínica basada en pruebas conforme a los conocimientos científicos existentes, procurando proporcionar el menor riesgo para los pacientes y los familiares, con la mayor eficacia posible, proporcionando una mayor satisfacción para los usuarios y el personal sanitario.

La calidad asistencial, definida y operativizada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2012) en su documento funcional, descansa en dos pilares básicos: por un lado, en la calidad científico-técnica aportada por el equipo de profesionales que actúan en este proceso; y por otro, en la calidad asistencial percibida por el usuario del sistema. Por ello, las mejoras oportunas para potenciar la calidad asistencial del servicio de cuidados críticos y urgencias ha de tener en cuenta ambos pilares, y desarrollar e implementar sistemas de medida de cara a conseguir la mejora continua.

Para la calidad entendida en terminos científico-técnicos aportada por los profesionales, se recomienda un manual de indicadores de actividad y calidad en urgencias y emergencias editado por el Servicio Andaluz de Salud (2012), en el que se propone poner en marcha programas de evaluación y mejora continua de cara a medir la calidad proporcionada por el servicio mediante la utilización de tres instrumentos: criterios (especificación relevante que se debe cumplir en un determinado aspecto de la atención); estándares (grado de cumplimiento exigible a un criterio); e indicadores (para operativizar e identificar las áreas específicas que han de ser sometidas a evaluación).

Por otro lado, en cuanto a las medidas para mejorar la calidad percibida por el usuario a nivel general, se establecen unas directrices; así, se recomienda: a) mejorar la accesibilidad al servicio por parte del paciente, b) potenciar la información constante por parte de los profesionales acerca del proceso que ha de seguir el paciente dentro del servicio, así como informar periódicamente sobre su evolución, c) durante la aplicación de procedimientos y tratamientos, procurar crear confort al paciente, atenuando la ansiedad durante la realización de los mismo, d) tener un trato cortés con el paciente y con los familiares del paciente, e) que el paciente reciba de la manera más rápida posible una respuesta a aquellas situaciones donde presente un

traumatismo abierto, y f) potenciar la elaboración de guías y protocolos clínicos conjuntos con otros niveles asistenciales.

Cada vez hay más conciencia de que la calidad de la asistencia prestada al paciente no depende sólo de la actuación de los profesionales y de la satisfacción percibida por los pacientes, sino también de los esfuerzos de colaboración y otros sistemas integrados que deben funcionar en su totalidad para lograr los objetivos. Por ello, sería recomendable el uso de indicadores que recojan información acerca de la actuación de los profesionales y de la organización de cara a controlar y valorar lo que ocurre a los pacientes como consecuencia del funcionamiento de los profesionales y/o sistemas organizativos dentro del servicio de cuidados críticos y urgencias.

Para la implantación de indicadores como herramientas para medir la calidad de un servicio, lo primero sería definir estos indicadores, lo cual requiere de una sistematización previa de la información registrada y aportada por los equipos profesionales. Ya que aunque a nivel institucional hay indicadores definidos, éstos indicadores requieren de la implicación y puesta en marcha de la mayor parte posible de los integrantes del servicio por lo que, hacerlos partícipes de este proceso, sería una posible solución a este problema.

A nivel general, cualquier organización que pretenda ser eficaz y eficiente necesita que los miembros que la componen sientan la importancia de la implementación de un sistema de control de calidad que, cuando está orientado exclusivamente al control productivo y al miedo a la sanción, no provoca que el trabajador desarrolle todo su potencial ni se sienta satisfecho con el trabajo que realiza.

Para conseguir que el trabajador dé lo mejor de sí mismo, es preciso que el trabajo y el entorno social interno le satisfagan, que tenga un puesto de trabajo que le permita el enriquecimiento personal y profesional, y que se le retribuya con lo que él o ella más valora (Lawler, 1973). Si este trabajador es un trabajador con madurez, como son los trabajadores del conocimiento, su aportación, cuando se cumplen las condiciones mencionadas, es mucho más rica y permanente si, además, se le da información y participación en la toma de decisiones y en la implantación de las mismas.

Desde una perspectiva más operativa, ello implica construir un sistema de gestión de recursos humanos coherente e integrado, el cual apueste por políticas y programas de participación, desarrollo y formación, permanencia en el empleo, profesionalización y neutralidad partidista, compatibilización de los intereses personales y los de la organización, potenciación de la comunicación y el diálogo, y, finalmente, recuperación de la motivación intrínseca del servicio público, a través de la mejora de la moral y el ambiente interno, y la imagen social de la Administración y sus empleados.

Dicho sistema de gestión ha de ser estratégico; es decir, al servicio de los objetivos de mejora y adaptación de las administraciones, adaptable a los cambios en el entorno y con un claro sentido de las prioridades. El instrumento adecuado para conseguir un sistema de gestión de recursos humanos estratégico es un adecuado plan. La planificación estratégica, así pues,

constituye la columna vertebral de las políticas de recursos humanos si se pretende que constituyan un sistema; es decir, que sean coherentes y estén integradas.

Por ello, en esta parte de la tesis doctoral se presentan las principales propuestas de mejora recogidas por los profesionales que, aunque cuentan con un bajo grado de sistematización, aportan información útil para seguir indagando sobre las principales medidas a tomar dentro del servicio de urgencias de cara a desarrollar en futuros trabajos un sistema de indicadores que permita recoger mayor información, con un mayor grado de sistematización, acerca de los procesos existentes dentro del servicio de urgencias que potencien la calidad del servicio.

Tabla 41

Propuestas de mejora para potenciar la calidad del servicio respecto a procesos existentes.

PROPUESTAS DE MEJORA	CITAS
<p>Mejoras relativas a la integración de los compañeros, que haga más compacto al grupo de trabajo</p>	<p><i>mejoraría un poco lo que es la integración de los compañeros.</i></p> <p><i>son un poco, o sea, a mí ahora mismo las líneas de actuación y luego un poquito más de... de... mentalidad de equipo, ganas de hacer equipo, entonces... eso.</i></p> <p><i>mentalidad de equipo y luego cierto grado de incentivación que luego ahí, ya yo no sé qué tipo de incentivación nos haría falta para...</i></p> <p><i>incentivar a la gente que quiera trabajar.</i></p> <p><i>quizás periódicamente, pues los mismos profesionales que estamos ahí, pues podíamos hacernos cargo de nuestro personal; enfermeras, auxiliares, celadores,... vendría bien que tuvieran ese tipo de formación ¿no?</i></p>
<p>Mejorar la comunicación entre los compañeros proporcionando un tiempo específico para favorecer la interacción entre los profesionales que permita el intercambio de información relativa al trabajo que se realiza en el servicio.</p>	<p><i>una hora de solape para reuniones internas, para formación continuada, para lo que sea, para pasarse el relevo para todo, algo de solape</i></p> <p><i>por lo menos se ven y tienen una hora que no es asistencial; eso sería muy importante; una forma de reunión periódica o lo que sea, las que nos hacían antes eran reuniones periódicas, sí, pero en mis días libres</i></p> <p><i>que a nivel interno por lo menos rotara o, aunque fuera una persona, pero por lo menos que fuera pasando por los distintos turnos comentando qué te hace falta, como estás,... no lo tenemos.</i></p> <p><i>en general, en el trabajo habría que reunirse y... definir un poco las funciones de cada uno de...</i></p>
<p>Mejorar la comunicación con la dirección del hospital; que se generen los mecanismos necesarios para que ésta sea más sensible a las necesidades y problemas</p>	<p><i>yo voy al curso un día libre pero yo quiero que la administración, cuando me toca trabajando, que lo vean ellos, yo no pido otra cosa, no pido que si yo tengo un día libre yo no quiero que me paguen ese día yo voy y lo pongo....pero al revés también lo quiero, y la dieta, hombre.</i></p>

**PROPUESTAS DE
MEJORA**
CITAS

que tienen los equipos de trabajo.

estar más pendiente de las necesidades que puedan tener los trabajadores.

uno quiere siempre ir hacia adelante y quiere que sea a mejor. Yo creo que la gente va a trabajar más contenta y mejor si ve que se les atiende en determinadas cosas que se van necesitando en el día a día.

aquí se está trabajando, y se está trabajando al día a día; y es bueno que nos pongamos en contacto unos profesionales con otros e intercambiemos nuestra experiencia; se aprende.

siempre así, además, bueno, por ver, contraponen un poco lo que hace uno y lo que hace el otro y, además, de que sirve bien para la relación personal; también eso es lógico.

un jefe que obligara a unos protocolos y que se preocupara de que haya más personal.

yo pienso que lo fundamental es el jefe dedicado a urgencias.

ponerles medios a su disposición.

se tienen aquí los medios con los que cuenta el estado o la autonomía en este caso,... quizás necesitarían aprender a valorar eso ¿no? Sí se debería hacer alguna campaña en ese sentido ¿no? respecto a eso.

yo creo que sería beneficioso tener una sala de extracciones; tú ves al paciente y lo mandas a esa sala, y allí le extraen las muestras y esas cosas, y sería más rápida la atención a los pacientes.

debería de pensarse más en el enfermo que en el familiar.

Implementar protocolos de actuación que unifiquen los criterios y las actuaciones de los distintos profesionales que componen el equipo de trabajo.

porque, si se trabaja ordenadamente, y sabiendo que hace todo el mundo lo mismo, pues seguramente se trabajará mejor; y aparte de que se ahorra dinero y se ahorra de todo, porque si yo te veo a ti hoy con un dolor de cabeza y te pongo un tratamiento que es el que dice el protocolo, y tú vienes mañana, pues todavía me duele no se qué, pues el protocolo que seguí pues tienes que

**PROPUESTAS DE
MEJORA****CITAS**

seguir tomándotelo, está claro ¿no?

*creo que deberíamos elaborar protocolos y...
organizar charlas, sesiones clínicas para unificar...
para disminuir la variabilidad clínica.*

*unificar criterios; o sea, hacer unas líneas de
actuación, unos protocolos de actuación; que todo
el mundo hagamos lo mismo.*

*yo creo que tenemos que mejorar también;
tenemos que hacer más protocolos; todos tener la
misma tónica porque cada uno viene de un sitio
distinto y, a lo mejor, en lo fundamental sí que
tenemos que tener un plan común; que muchas
veces no hay; dependiendo de con quién, hay
gente que tiene la misma tónica que tú en algunas
cosas y en otras no.*

PROPUESTAS DE MEJORA	CITAS
<p>Aumentar el personal de seguridad: que controle el acceso de los familiares de los pacientes a determinadas áreas del servicio; y que garantice la seguridad física del personal que trabaja en el servicio.</p>	<p><i>propondría un control más estricto en el acceso a los familiares y pacientes</i></p> <p><i>habría también que garantizar la seguridad personal de los profesionales porque es una profesión de riesgo hoy en día ser médico de urgencias y, bueno, quizás eso la seguridad.</i></p> <p><i>el acceso.</i></p>
<p>Aumentar el número de personal médico o alargar las jornadas laborales en determinados intervalos de tiempo.</p>	<p><i>yo mejoraría, por ejemplo, el personal: los médicos; aumentarlos con las consultas, por lo menos una consulta más; y de noche, que se quedan dos nada más.</i></p> <p><i>propondría un medico en... o alargar los turnos de refuerzo en vez de hasta las 23 de la noche hasta las 2 de la mañana.</i></p> <p><i>un refuerzo; que habría que prolongarlo a hasta las 2 de la mañana, incluidos los festivos, porque es un momento en que... Que se nota que se retrasa, se acumulan historias... y bueno, en ese aspecto mejoraría sin duda.</i></p> <p><i>el personal médico, supongo, el numero; sobre todo cuando estas dentro, son mucha gente para un médico solo y ahí sobre todo lo mejoraría.</i></p> <p><i>a mí sobre todo lo que más me agobia es cuando vengo por las mañanas y me encuentro muchos pacientes, podemos decir; yo sola para todo eso, yo creo que si hay algún personal más que te ayude en ese sentido o que aquí se reparta esa carga en esa mañana, yo creo que puede mejorar mucho la asistencia.</i></p> <p><i>o un medico que vaya y lo valore en el triaje, algo de eso porque aquí no lo hace personal médico; porque es que básicamente no hay, no hay médicos para cubrir un puesto de triaje, entonces... falta personal.</i></p> <p><i>personal, que es lo más difícil de encontrar ahora mismo, pero bueno...</i></p>
<p>Mejoras dirigidas a potenciar la organización general del servicio de urgencias de</p>	<p><i>pues entonces es algo que también así mejoraría; y la verdad que lo otro es la coordinación.</i></p> <p><i>luego aquí, pues también el servicio a lo mejor sí</i></p>

**PROPUESTAS DE
MEJORA**
CITAS

cara a coordinar las acciones entre los profesionales, definir mejor las tareas a realizar, los turnos de trabajo, los horarios de visita de los familiares y la coordinación con otros servicios del hospital.

que está necesitado de una serie de reformas y de organización.

probablemente ese sea uno de los problemas que habría que solucionar; convendría que fuéramos capaces de mejorar la organización, definir esas tareas, reunirse, eh, hacer esa determinación o de las cosas que puedan ser más necesarias y.... la formación también.

yo mejoraría la organización sobretodo en urgencias.

Yo, eso, organizaría mejor la urgencia; yo creo que ese es en cuanto a turnos, en cuanto a actividades en general. En cuanto a estar con la gente y tener las cosas medio organizadas.

mejorar y dar más camas en medicina interna y no tener el tapón ese en la urgencia porque a veces tienen a los enfermos en los pasillos o en medio de la sala y eso no es forma.

cuando te llegan pacientes, tú das el relevo a determinada hora y ese poquito tiempo que se queda la familia tiene que entrar a lo mejor a la hora; y no te da tiempo todavía de asumir esos pacientes y saber bien de qué van y entonces, pues tal vez poner horarios nuevos en ese sentido, que es una cosa que estamos intentando cambiar.

también otra cosa que habría que modificar son los horarios de visita porque pienso que están muy mal puestos; porque a las 9 te dan el pase y a las 9:30 entra la familia teóricamente a que tú le informes; pero es que de 9 a 9:30 no te ha dado tiempo de ver a los enfermos.

Luego, hay cuestiones puntuales como horarios de visita de familiares.

7.6. Principales conclusiones y síntesis del capítulo.

El análisis de la convergencia-divergencia entre datos 'cuantitativos – cualitativos' permite optimizar la información recogida por ambas metodologías en términos de integrar los elementos comunes y diferenciadores de ambas. Además, se obtiene información generalizable en el ámbito de intervención y, a su vez, con especificaciones al considerarse las matizaciones de casuísticas particulares contextualizadas.

En cuanto a la representación teórica del modelo de medida, encontramos que la única convergencia encontrada es de la información derivada del proceso de construcción de categorías (familia de códigos y metacódigos).

En lo relativo a los principales elementos del ambiente grupal de trabajo, la única divergencia encontrada entre ambos procedimientos corresponde a la aparición de una nueva categoría denominada 'características propias del servicio'.

La única diferencia encontrada en las representaciones empíricas del concepto obedecen al número de indicadores (18 vs 581); además de que el modelo resultante derivado del análisis cualitativo, sería un modelo más complejo al aparecer dos niveles intermedios entre el constructo y el indicador.

Sobre la valoración de los principales componentes del ambiente grupal de trabajo, de forma general se puede decir que existe un alto grado de consenso con los diferentes enunciados que se les han planteado; es decir, los componentes del grupo de trabajo consideran que tienen un propósito común y, por tanto, identidad grupal de trabajo.

Por último, se han detectado 20 problemáticas asociadas al funcionamiento del servicio: 1) deficiencias en el diagnóstico; 2) deficiencias en cuanto al servicio 061; 3) la formación continua; 4) el material sanitario; 5) escasez de personal sanitario; 6) implementación de directrices; 7) la dirección del hospital; 8) la falta de espacio en las consultas; 9) la implementación de protocolos; 10) el servicio de triaje; 11) los tiempos de espera de los pacientes; 12) la motivación del personal; 13) la falta de organización en general; 14) la gestión de camas; 15) el control de acceso al servicio; 16) la inseguridad del personal contratado; 17) la alta presión asistencial a la que se someten los profesionales; 18) la coordinación con otros hospitales; 19) conflictos intragrupales; y 20) los horarios de visitas.

Está claro que algunas de las problemáticas manifestadas son de difícil solución; pero han sido los mismos profesionales los encargados de ofrecer algunas propuestas de mejora concretas para ayudar a mejorar la calidad del servicio. En este caso, han expresado fundamentalmente 7 propuestas de mejora: 1) medidas para favorecer la integración de los compañeros; 2) mejorar los procesos de comunicación con los compañeros y 3) con la dirección del hospital; 4) implementación de protocolos de actuación; 5) aumentar el personal de seguridad y 6) de personal médico; y por último, mejoras generales dirigidas a potenciar la organización en general.

Para desarrollos futuros, sería conveniente realizar un estudio de necesidades de forma exhaustiva para que, una vez definidas y operacionalizadas, los mismos profesionales sean capaces de realizar propuestas de mejora (Chacón, Sanduvete, Portell y Anguera, 2013).

En base a los resultados obtenidos durante toda esta parte aplicada de la investigación, y teniendo en cuenta toda aquella información nueva aportada por el proceso de investigación, surge la necesidad de diseñar un nuevo instrumento de medida que permita medir la calidad del clima laboral, incorporando toda la información aportada por la triangulación de estas dos metodologías de investigación.

CAPÍTULO 8.

DISEÑO DE UN NUEVO INSTRUMENTO DE MEDIDA: EVIDENCIAS DE VALIDEZ Y FIABILIDAD.

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

8.- Diseño de un nuevo instrumento de medida para medir la ‘calidad del clima laboral’: evidencias de validez y fiabilidad267

8.1. Definición estructural y operacional del instrumento	267
8.1.1. Objetivo	269
8.1.2. Método.....	269
8.1.2.1. Muestra	269
8.1.2.2. Instrumentos	270
8.1.2.3. Procedimiento	270
8.1.3. Resultados.....	271
8.1.3.1. Definición estructural del concepto	271
8.1.3.2. Definición operacional del concepto.....	273
8.2 Análisis de la calidad métrica de la de la escala	277
8.2.1. Estudio 1. Evidencias de validez de contenido.....	279
8.2.1.1. Objetivo.....	279
8.2.1.2. Método	280
8.2.1.2.1. Muestra.....	280
8.2.1.2.2. Instrumentos.....	280
8.2.1.2.3. Procedimiento.....	281
8.2.1.3. Resultados	282
8.2.2. Estudio 2. Evidencias de validez de constructo.....	288
8.2.2.1. Objetivo.....	288
8.2.2.2. Método	288
8.2.2.2.1. Muestra.....	288
8.2.2.2.2. Instrumentos.....	288
8.2.2.2.3. Procedimientos.....	289
8.2.2.3. Resultados	290
8.2.2.4. Ajuste del modelo.....	292
8.2.2.4.1. Objetivo	292
8.2.2.4.2. Método.....	292
8.2.2.4.3. Resultados.....	292
8.3.- Principales conclusiones y síntesis del capítulo.....	295

8. Diseño de un nuevo instrumento de medida para medir la 'calidad del clima laboral': evidencias de validez y fiabilidad.

En los capítulos 6 y 7, se obtuvo como resultado un modelo estructural de los principales componentes del 'clima laboral', a partir de una construcción de categorías derivadas de dos técnicas distintas y complementarias: Análisis Factorial Exploratorio y Análisis de Contenido.

En este capítulo, tratamos de confeccionar una nueva escala de medida sobre la calidad del clima laboral, que recoja y unifiqué toda la información encontrada en los procedimientos anteriormente utilizados.

Concretamente, se obtuvo un modelo del concepto basado en 5 componentes principales: 'productividad', 'relación laboral', 'trabajo individual', 'satisfacción laboral' y 'características del servicio'. En base a estos factores, se diseñó una escala para medir la calidad del clima laboral, teniendo en cuenta para ello su definición estructural y operacional.

Una vez seleccionados y confeccionados los ítems correspondientes a cada una de las dimensiones, se realiza un estudio de validez de contenido para valorar el grado de representatividad, utilidad y viabilidad de cada uno de los índices seleccionados con las dimensiones del constructo 'calidad del clima laboral', para lo cual utilizaremos juicio de expertos en base al procedimiento de Osterlind (1989).

Una vez depurada la escala, y seleccionando aquellos ítems que hayan obtenido mejor valoración por parte de los expertos (estableciéndose 0,5 como punto de corte a partir del cual considerarlo apropiado), se realiza un nuevo estudio de la escala resultante; concretamente, se realiza un estudio de fiabilidad y de validez de constructo y de criterio del instrumento de medida diseñado, con el fin de obtener evidencias de sus propiedades psicométricas.

8.1. Definición estructural y operacional del instrumento.

La mayoría de los instrumentos de medida consisten en el desempeño de alguna tarea, la observación de datos objetivos, conductas o auto informes. En general, todos tienen en común que (Martínez-Arias, 1995): a) son técnicas sistemáticas o estandarizadas en las que la tarea, las instrucciones, las respuestas, el procedimiento de aplicación, la corrección y la interpretación están pautadas y son equivalentes para el objeto de estudio a los que se les aplica, b) contienen solamente una muestra representativa de las posibles manifestaciones empíricas y observables de las características que miden, c) en general, las puntuaciones se interpretan por normas y estándares, y d) la finalidad es hacer inferencias y predicciones sobre otros aspectos distintos o más generales que los observados durante la aplicación.

Los pasos a seguir para la elaboración de un instrumento de medida o sistema de indicadores (test, cuestionario o cualquier tipo de escala) pueden resumirse en los siguientes pasos: a) delimitación del objeto para el que van a

utilizarse las puntuaciones, b) definición del constructo que pretende medirse, c) descripción general de los componentes del constructo, d) diseño del instrumento, e) redacción de los ítems, f) análisis de la calidad de los ítems, g) estudio de fiabilidad del instrumento, h) estudio de la validez del instrumento, e i) elaboración de las normas de interpretación y baremación de las puntuaciones (Crocker y Algina, 1986).

Resumiendo, podemos señalar que este proceso de construcción siempre implica el diseño del instrumento de medida, la evaluación de su calidad y la evaluación de los resultados en base a los datos obtenidos del contexto, participantes, etc.:

- a) En cuanto al *diseño del instrumento de medida*, éste implica dos aspectos: la delimitación teórico-conceptual del concepto a medir y su delimitación formal (soporte físico, número y tipos de ítems, y cómo cuantificar las respuestas y redactar los ítems).
- b) Respecto a la *evaluación de la calidad del instrumento* supone que se han de tener en cuenta tres aspectos fundamentales: análisis de la calidad de los ítems, y estudio de la fiabilidad y la validez del instrumento.
- c) Por último, la *evaluación de los resultados* implica delimitar adecuadamente la asignación de las puntuaciones y su interpretación, y garantizar la equiparación de las mismas con referencia a otros contextos, investigaciones y/o estudios.

Particularizando todas estas descripciones y/o requisitos necesarios para la construcción de cualquier instrumento de medida a nuestra propuesta inicial, es decir, la construcción de un cuestionario que posibilite una medida adecuada de 'calidad del clima de trabajo', esta fase del diseño debe cubrir las siguientes etapas:

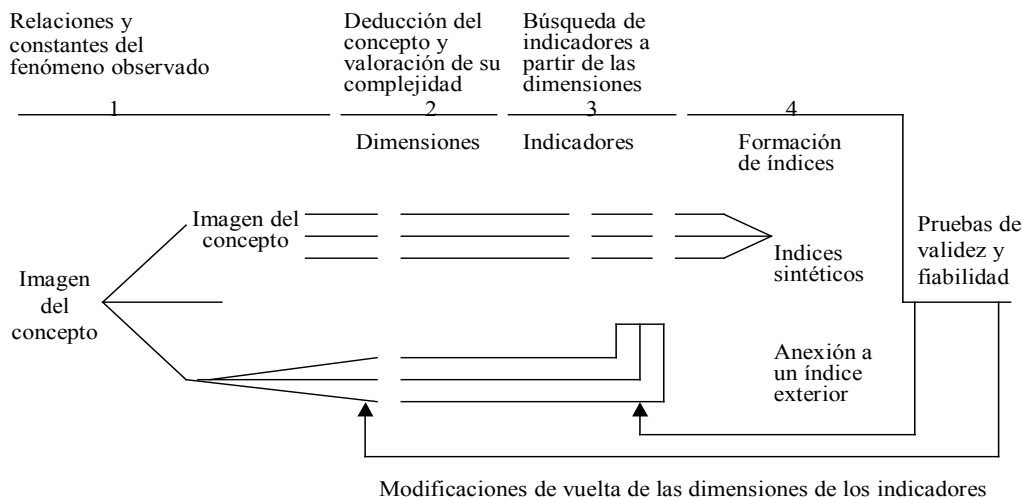
- Delimitación y operacionalización del concepto 'calidad del clima laboral' que deseamos medir.
- Confección de los indicadores, ítems o reactivos a utilizar.
- Determinación del valor escalar de los mismos.
- Confección del instrumento como tal.

Una vez completada la fase de construcción del sistema de indicadores, se pasaría a la evaluación del instrumento construido para, finalmente, concluir con la administración efectiva del mismo.

En cuanto al diseño del sistema de indicadores que proponemos en este trabajo, se han tenido en cuenta los aspectos necesarios para obtener una delimitación teórico-conceptual adecuada; esto es, sus aspectos teórico-empíricos (Anguera, Chacón y Holgado, 2008), las características de los sistemas de indicadores (Setién, 1993) y las relaciones de carácter probabilístico del paradigma o modelo estadístico en el que se ubica actualmente todo sistema de medida (McCallum, 1994).

La delimitación teórico-conceptual del constructo a medir precisa de una correcta y precisa identificación y definición del objetivo de medida. En este sentido, Lazarsfeld (1973) propone un procedimiento deductivo que permite delimitar el concepto objeto de estudio obteniendo indicadores adecuados (Figura 21).

Figura 21:
Procedimiento deductivo propuesto por Lazarsfeld (1973).



Adaptado de “Indicadores en evaluación de programas” por M. T. Anguera, S. Chacón y F. P. Holgado, 2008, en *Evaluación de programas sociales y sanitarios. Un abordaje metodológico*, p. 113. Copyright 2008 de Síntesis.

En resumen, cualquier constructo o concepto a medir debe ser definido tanto estructural como operacionalmente. La definición estructural supone delimitar el concepto a medir desde una teoría consistente y sustantiva que relaciona el constructo medido con otros constructos o variables empíricas de su entorno. Esto es lo que, dentro de la técnica de modelos estructurales, se suele llamar parte estructural de un modelo o teoría. La definición operacional supone explicitar los datos objetivos que pueden considerarse como indicadores del constructo; es decir, concretar los aspectos semánticos u operativos de cada constructo que, en los modelos estructurales, se identifican con el modelo de medida (Bollen, 1989).

8.1.1. Objetivo.

Elaborar un nuevo instrumento de medida sobre la calidad del clima de laboral en base a los resultados obtenidos en el abordaje multimétodo, de tal manera que permita recoger la nueva información registrada.

8.1.2. Método.

8.1.2.1. Muestra.

Se seleccionan aquellas dimensiones, subdimensiones e indicadores aparecidos en los procedimientos desarrollados en capítulos anteriores. Concretamente 5 dimensiones, 36 subdimensiones (códigos) ,18 ítems del

cuestionario adaptado de Perry et al. (2005) y los ítems elaborados a partir de las 36 subdimensiones procedentes del análisis de contenido.

Se incluye al menos un indicador de cada uno de los códigos encontrados en el análisis de las entrevistas, además de los ítems utilizados en la escala de 'calidad del grupo de trabajo'.

Los criterios a partir de los cuales se excluyen ítems de la nueva escala fueron los siguientes:

- Sustantivo: que exista incoherencia conceptual entre el ítem y la dimensión que representa.
- Saturación de información: que haya demasiados ítems referidos al mismo factor que no aporten nueva información.

8.1.2.2. Instrumentos.

Para la selección y elaboración de los nuevos ítems, se utilizó la adaptación de la escala de Perry et al. (2005), conjuntamente con los códigos obtenidos en el análisis de contenido.

8.1.2.3. Procedimientos.

En base a las revisiones bibliográficas y los resultados obtenidos del proceso multimétodo, se propone una definición operacional y estructural del concepto "calidad del clima laboral".

Para la definición estructural, se toma como punto de partida las 5 dimensiones y 36 subdimensiones encontradas; estas son: Productividad, Relación Laboral, Trabajo Individual, Satisfacción Laboral y Características Propias del Servicio. El constructo derivado de la parte cualitativa de la investigación es un concepto jerárquico de 4º orden, que resulta complicado de comprender y operacionalizar por lo que, siguiendo la misma lógica, simplificamos a un modelo más sencillo de segundo orden, de dimensión a indicador.

En la definición operativa, además de los 18 ítems de la escala de Perry et al. (2005), se incluyó al menos un indicador de cada uno de los códigos; concretamente, 36 códigos transformados a 38 ítems (ver Anexo VII).

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de ambos procesos; por un lado, se presenta la definición estructural del concepto "calidad del clima laboral"; y por otro, la propuesta de cómo operacionalizarlo.

8.1.3. Resultados.

8.1.3.1. Definición estructural del concepto.

La definición estructural supone delimitar el concepto a medir desde una teoría consistente y sustantiva que relaciona el concepto o constructo medido con otros constructos o variables empíricas de su entorno. En nuestro caso, tras la revisión bibliográfica y en base a los resultados obtenidos en el capítulo 6 (Lozano et al., 2013), proponemos que el concepto 'calidad del clima laboral' viene determinado, entre otros posibles factores, por los siguientes:

- *Productividad*: entendida como todos aquellos aspectos psicobiosociales que interfieren en el rendimiento de los trabajadores, así como en la calidad del trabajo que realizan; e.g., los recursos y la infraestructura, la formación, o la experiencia laboral (Salazar et al., 2009; Salgado et al., 1996).
- *Relación Laboral*: hace referencia a todos los procesos de interacción que se generan dentro del grupo de trabajo como, por ejemplo, la comunicación, la confianza, el tipo de relación con los compañeros, con el director del grupo, etc. (Delgado et al., 2006; Litwin y Stringer, 1999).
- *Trabajo Individual*: se refiere a todos aquellos aspectos relacionados con el ejercicio del trabajo de cada uno de los componentes del grupo, destacando los protocolos de actuación, delimitación de funciones y responsabilidades de cada uno de los miembros (Delgado et al., 2006; Likert, 1961, 1967).
- *Satisfacción Laboral*: incluye todos los aspectos psicosociológicos de la satisfacción, motivación e incentivación por parte de los profesionales como, por ejemplo, satisfacción con las tareas, con las oportunidades de promoción, con el salario, etc. (Brunet, 2004; Chiang, 2010; Juárez Adata, 2012; Locke, 1968; Muñoz-Seco et al., 2006).
- *Características Propias del Servicio*: hace referencia a características intrínsecas del servicio, así como sus principales problemáticas relacionadas con el ejercicio de la profesión (perfil del paciente, organización, tiempos de ejecución de tareas, coordinación con otros servicios, etc.).

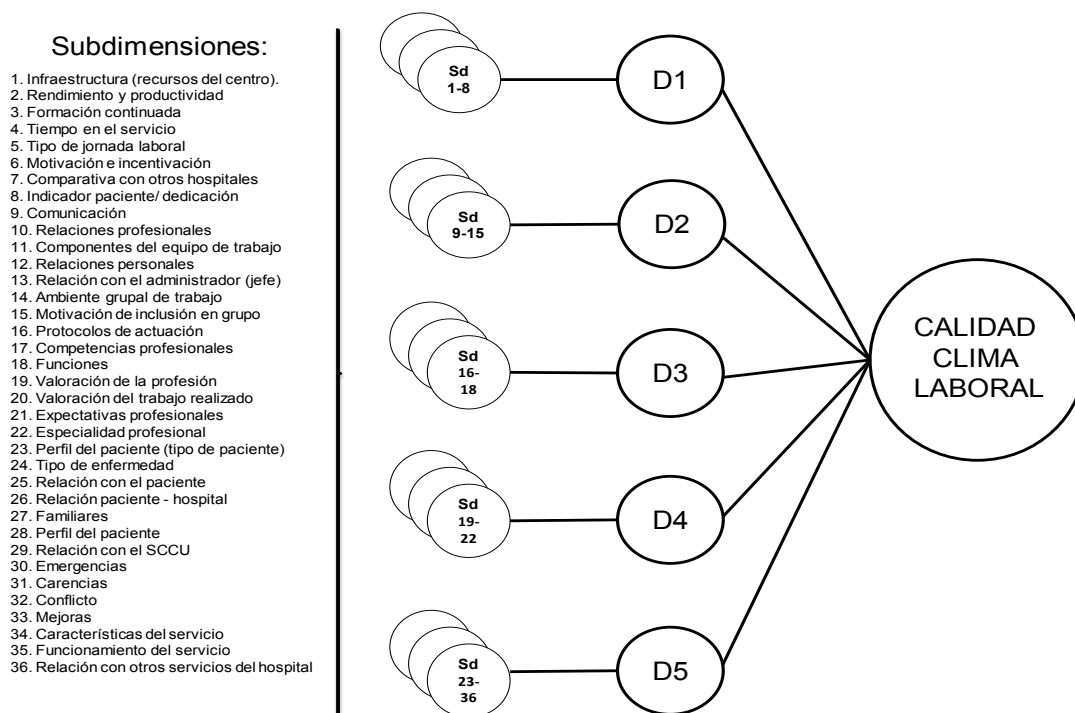
Estas dimensiones se corresponden con los aspectos más representativos que se recogen en los diferentes cuestionarios, definiciones derivadas de la revisión realizada y, principalmente, de los resultados obtenidos en el proceso analítico del uso de abordaje multimétodo. En general hacen referencia a la Calidad del clima de trabajo.

Consideramos que estos elementos constituyentes pueden generar diferencias en la calidad del clima de trabajo, por lo que se deberían analizar los resultados del contexto de trabajo conjuntamente con las características de los trabajadores (genero, competencias profesionales adquiridas, nivel de ingresos, etc.) para poder establecer relaciones de correspondencia que permitan valorar si la calidad del clima de trabajo facilita, influye o produce mejoras en la población de estudio; por tanto, en su validez criterial (Holgado et al., 2015).

En la Figura 22, se muestra una representación gráfica de los contenidos que conforma la delimitación estructural del concepto estudiado. En ella queremos expresar que el concepto Calidad de clima de trabajo se relaciona con otros conceptos directamente no observables como son D1: Productividad; D2: Relación Laboral; D3: Trabajo Individual; D4: Satisfacción Laboral; Y D5: Características Propias del Servicio. A su vez, estos conceptos están compuestos por una serie de dimensiones que recogen todos los aspectos más relevantes de cada uno de ellos.

Figura 22.

Delimitación Estructural del concepto "Calidad Clima Laboral".



Otros aspectos a tener en cuenta en el diseño de un instrumento de medida es el sistema de indicadores que lo conforman, referidos a la delimitación formal del instrumento a utilizar, en relación al número y tipo de ítems y al número de alternativas (cuando proceda), así como al modo de cuantificar los datos, la redacción de las preguntas y los tipo de respuestas (cuando proceda).

La definición operacional hace referencia a los comportamientos que pueden considerarse como indicadores del constructo a medir; es decir, al aspecto semántico y operativo de cada constructo.

El modelo global que se propone ha de tener en cuenta ambos tipos de definiciones (operacional y estructural). Por ello, en el siguiente apartado se exponen los elementos claves a tener en cuenta para la definición operacional del constructo Calidad del clima laboral. Ello facilitará la implementación del cuestionario y su aplicación en la práctica.

8.1.3.2. Definición operacional del concepto.

En base a los resultados obtenidos, la nueva escala de medida resultante quedaría configurada por las siguientes dimensiones:

Dimensión Productividad: Se refiere a todos aquellos aspectos relacionados con los resultados laborales alcanzados por los trabajadores, que inciden de manera directa e indirecta sobre él como, por ejemplo, los recursos, el rendimiento y la productividad, la idoneidad del tipo de jornada laboral, el tipo de formación que reciben, su experiencia laboral, su motivación a la hora de ejecutar tareas, los incentivos que reciben, el grado de tareas que realizan en comparación con otros centros, o el número de pacientes a los que atiende en su jornada laboral. En concreto esta dimensión la conforman 8 elementos o subdimensiones y 16 ítems.

Tabla 42

Dimensión 1, subdimensiones e ítems de la nueva escala de calidad del clima laboral.

Dimensión 1	<i>Elementos o subdimensiones que la conforman:</i>
<i>PRODUCTIVIDAD</i>	Infraestructura (recursos del centro) Rendimiento y productividad Formación continuada Tiempo en el servicio Tipo de jornada laboral Motivación e incentivación Comparativa con otros hospitales Indicador paciente/ dedicación

Ítems propuestos:

1. *Nos sentimos orgullosos de nuestro trabajo.*
2. *Nuestro grupo de trabajo es conocido por la calidad de su trabajo.*
3. *Tenemos un propósito común.*
4. *Nos esforzamos por entender las necesidades de nuestros usuarios.*
5. *Nos sabemos adaptar a nuevas circunstancias.*
6. *Nos esforzamos por lograr buenos resultados.*
7. *Contamos con los recursos y la infraestructura necesarios para realizar nuestro trabajo.*
8. *Recibimos la formación necesaria para realizar nuestro trabajo.*
9. *Se conoce a nuestro equipo de trabajo por nuestra productividad y alto rendimiento.*
10. *Tenemos la experiencia necesaria para realizar bien nuestro trabajo.*
11. *Nuestra jornada laboral es adecuada para desarrollar nuestro trabajo.*
12. *Nos sentimos motivados realizando nuestro trabajo.*
13. *Se nos reconoce lo bien que realizamos nuestro trabajo.*
14. *La cantidad de trabajo que realizo es similar al de otros centros donde he trabajado.*
15. *Disponemos del tiempo necesario para atender a nuestro usuario.*
16. *Dispongo del tiempo necesario para realizar bien mi trabajo.*

Dimensión Relación Laboral: se refiere al conjunto de interacciones que se producen dentro del grupo de trabajo, así como a los procesos que se desarrollan dentro de él; en concreto, la comunicación y las relaciones profesionales y personales que se establecen entre los componentes del equipo de trabajo y con el administrador; el ambiente grupal de trabajo; y la motivación de inclusión en el grupo. Esta dimensión la conforman 7 elementos y 10 ítems.

Tabla 43

Dimensión 2, subdimensiones e ítems de la nueva escala de calidad del clima laboral.

Dimensión 2	<i>Elementos o subdimensiones que la conforman:</i>
<i>RELACIÓN LABORAL INTRAGRUPAL</i>	Comunicación Relaciones profesionales Componentes del equipo de trabajo Relaciones personales Relación con el administrador (jefe) Ambiente grupal de trabajo Motivación de inclusión en grupo
Ítems propuestos:	
17. Entendemos la importancia del trabajo de cada miembro del grupo. 18. Somos conscientes de las habilidades de cada uno. 19. Nos esforzamos por mejorar nuestras actuaciones. 20. Prestamos atención a cómo de bien trabajamos juntos. 21. Tenemos buena comunicación entre los miembros del equipo de trabajo. 22. Tenemos buena relación entre todos los miembros del equipo de trabajo. 23. Me siento a gusto trabajando con los demás componentes de mi equipo de trabajo. 24. Mantenemos buenas relaciones personales con los demás miembros de trabajo. 25. Tenemos buena relación con nuestro director de equipo de trabajo. 26. Trabajamos en un buen clima de grupo de trabajo. 27. Uno de los motivos de entrar al grupo de trabajo es que ya conocía a alguno de sus miembros.	

Dimensión Trabajo Individual: se refiere a todas aquellas actividades desarrolladas y ejecutadas por cada uno de los miembros del equipo de trabajo, así como los protocolos de actuación que guían la práctica profesional y las competencias y funciones asignadas a cada profesional. Esta dimensión está conformada por 3 subdimensiones y 8 ítems.

Tabla 44

Dimensión 3, subdimensiones e ítems de la nueva escala de calidad del clima laboral.

Dimensión 3	<i>Elementos o subdimensiones que la conforman:</i>
<i>TRABAJO INDIVIDUAL</i>	Protocolos de actuación Competencias profesionales Funciones
Ítems propuestos:	
28. Se nos reconoce nuestras aportaciones personales. 29. Tenemos los recursos necesarios para hacer nuestro trabajo bien. 30. Seguimos un plan para dirigir nuestras actividades. 31. Participamos en las decisiones de nuestro grupo de trabajo. 32. Nuestro grupo de trabajo es productivo. 33. Nuestro trabajo siempre es guiado por unos protocolos de actuación. 34. Conocemos las carencias profesionales que tenemos al desarrollar nuestro trabajo. 35. Conocemos las funciones que tienen cada uno de los miembros del equipo de trabajo.	

Dimensión Satisfacción Laboral: es el grado de conformidad de cada trabajador respecto a su entorno de trabajo, especialmente con la valoración del trabajo que se realiza, con la valoración que hacen ellos mismos y sus compañeros respecto a su profesión y especialidad, así como las expectativas laborales y profesionales de los trabajadores. Esta dimensión está conformada por 4 subdimensiones y 7 ítems.

Tabla 45:

Dimensión 4, subdimensiones e ítems de la nueva escala de calidad del clima laboral.

Dimensión 4	<i>Elementos o subdimensiones que la conforman:</i>
<i>SATISFACCIÓN LABORAL</i>	Valoración de la profesión Valoración del trabajo realizado Expectativas profesionales Especialidad profesional
Ítems propuestos:	
36. Sentimos que nuestro trabajo es importante. 37. Desarrollamos nuestras habilidades y conocimientos. 38. Tenemos claro qué se espera de nuestro trabajo. 39. Nuestros compañeros valoran nuestra profesión. 40. Se nos valora el trabajo que realizamos. 41. Nuestras expectativas cuando entramos al equipo de trabajo se han cumplido. 42. Siento que nuestra especialización es reconocida por los compañeros.	

Dimensión Características del Servicio: recoge aquellas particularidades específicas de donde los trabajadores desempeñan su trabajo como, por ejemplo, el perfil de los pacientes a los que atienden; la tipología de enfermedades a las que se enfrentan; el tipo de relación que mantienen con el paciente, con sus familiares y con los profesionales pertenecientes a otros servicios del hospital; las carencias y los conflictos que se generan dentro del servicio; y sus posibles propuestas de mejoras para mejorar el funcionamiento del servicio. Esta dimensión está conformada por 14 subdimensiones y 14 ítems.

Tabla 46:

Dimensión 5, subdimensiones e ítems de la nueva escala de calidad del clima laboral.

Dimensión 5	<i>Elementos o subdimensiones que la conforman:</i>
<p><i>CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO</i></p>	<p>Tipo de paciente Tipo de enfermedad Relación con el paciente Relación paciente - hospital Familiares Perfil del paciente Relación Paciente - hospital Emergencias <i>Carencias</i> <i>Conflicto</i> <i>Mejoras</i> <i>Características del servicio</i> <i>Funcionamiento del servicio</i> <i>Relación con otros servicios del hospital</i></p>

Ítems propuestos:

43. El tipo de paciente al que atendemos se ajusta a la especialización del servicio.
44. El tipo de problemática que presentan nuestros pacientes se ajustan a la especialidad de nuestro servicio.
45. Tenemos buena relación con nuestros pacientes.
46. Nuestros pacientes tienen buena relación con el hospital donde trabajamos.
47. Tenemos buena relación con los familiares de nuestros pacientes.
48. Conocemos muy bien las características que tienen nuestros pacientes.
49. Coordinamos nuestro trabajo con los demás servicios del hospital.
50. Siempre atendemos a pacientes que vienen en estado de emergencia.
51. Conocemos nuestras carencias a la hora de desempeñar nuestro trabajo.
52. Sabemos gestionar el conflicto que se genera entre nosotros.
53. Se nos permite hacer propuestas para mejorar nuestro trabajo.
54. Las características de nuestro servicio son las apropiadas para desempeñar nuestro trabajo.
55. Nuestro servicio funciona correctamente.
56. Tenemos buena relación con los demás servicios del centro.

Dimensión Global: Esta dimensión está conformada por 1 ítem que pretende resumir e incluir todas las dimensiones, subdimensiones e ítems propuestos en el instrumento de medida.

Tabla 47

Dimensión Global, subdimensiones e ítems de la nueva escala de calidad del clima laboral.

Dimensión Global	<i>Elementos o subdimensiones que la conforman:</i>
Pregunta Ómnibus	
Ítems propuestos:	
57. El clima laboral de mi grupo de trabajo es bueno.	

8.2. Análisis de la calidad métrica de la escala.

Un criterio de calidad relacionado con el grado en que un sistema de indicadores mide aquello que dice medir, hace referencia a la validez de dicho sistema de indicadores.

La validez de un sistema de indicadores supone establecer juicios razonables sobre el grado en que las evidencias aportadas permiten emprender acciones basadas en el modelo de medida desarrollado; en este caso, a través de los indicadores propuestos (Messick, 1989).

No cabe plantear si el sistema de indicadores es válido en sí mismo independientemente del objetivo de la investigación o del contexto, sino que su validez está en relación con los objetivos que pretende medir. En este sentido, no hay un procedimiento único que reporte datos sobre la validez de los sistemas de indicadores, sino que los datos para establecer juicios sobre su validez vienen dados por los resultados obtenidos al combinar distintas técnicas (triangulación), por evidencias empíricas basadas en experiencias anteriores y por la utilidad que muestren para el modelo de medida propuesto.

En general, el examen de la calidad individual de cada uno de los elementos o indicadores que componen un instrumento de medida implica la obtención de información descriptiva y estadística. La información descriptiva hace referencia a la calidad técnica de sus elementos y, en general, supone la obtención de evidencias de validez de los mismos; es decir, obtención de indicios sobre su relevancia, adecuación, claridad, etc. La información descriptiva hace referencia a la validez de los indicadores que componen el instrumento (sistema de indicadores).

De acuerdo con ello, es necesario dotar a los indicadores propuestos de distintas evidencias de validez, en concreto:

- **Validez de contenido** para garantizar que los indicadores seleccionados constituyan una muestra representativa de todos los posibles indicadores que se podrían haber usado.
- **Validez de constructo**: permite garantizar la existencia del constructo que conforma el conjunto de indicadores que pretenden medirlo y, por ende, dota de sentido a las puntuaciones que se obtienen en el instrumento a través de sus ítems o indicadores.
- **Validez de criterio**: conjunto de evidencias que permiten mostrar que las puntuaciones del sistema de indicadores están relacionadas adecuadamente con criterios externos de interés (Suen, 1990).

Esta sería la visión clásica tripartita predominante propuesta por los "Standards for educational and psychological tests and manuals" (APA, AERA, NCME, 1999); Messick amplía el concepto de medida:

- No limitándolo a las puntuaciones del test, sino incluyendo las puntuaciones obtenidas en **cualquier otro instrumento** de evaluación.
- Destacando la importancia de considerar la utilidad de las decisiones y consecuencias derivadas del procedimiento de medida, apareciendo el concepto de **validez consecucional**.
- Realizando un enfoque **integrador** del macroconcepto de validez en torno a la validez de constructo.

Por tanto, Messick propone la **validez unificada** que incluye "*consideraciones de contenido, criterio y consecuencias en un marco de referencia de constructo para la evaluación empírica de hipótesis racionales acerca del significado de las puntuaciones y de relaciones relevantes desde el punto de vista teórico, incluyendo las de naturaleza científica y aplicada*" (Messick, 1984, p. 741).

En este sentido, entendemos la validez como un concepto unitario donde la validez de constructo es el aspecto central y donde convergen criterios científicos (representatividad, utilidad y viabilidad del dato) y valores sociales (consecuencias de la aplicación de la medida) (Barbero, Vila y Holgado, 2010).

En general, los distintos tipos de validez no son entidades distintas, sino que son el resultado de distintas aproximaciones al concepto de validez de los indicadores de calidad, del clima laboral en nuestro caso.

Todo ello posibilita obtener, como resultado, un modelo de medida a partir del cual programar acciones en el campo aplicado; en nuestro caso, el ámbito de la salud.

8.2.1. Estudio 1. Evidencias de validez de contenido.

Como señala Martínez-Arias (1995), la validez de contenido se puede conceptualizar como *“el grado en que el contenido de un test (sistema de indicadores en nuestro caso) constituye una muestra representativa de los elementos del constructo o concepto que pretende medir”* (p.335).

Un determinado instrumento muestra evidencias de validez de contenido cuando el conjunto de indicadores que lo conforman puede ser considerado como una muestra representativa del universo posible de indicadores que pudiéramos haber utilizado para medir un determinado concepto.

Messick (1975), cit. en Pérez-Gil, Chacón y Moreno (2000) señala que los aspectos fundamentales en la validación de contenido son la relevancia de los indicadores y la representatividad respecto al universo posible.

- La relevancia se asegura cuando todos los indicadores forman parte del dominio previamente definido.
- La representatividad, cuando éstos constituyen una muestra representativa del universo posible de indicadores.

Crocker y Algina (1986) proponen, entre otros pasos a seguir para la elaboración de los contenidos de un instrumento de medida, someter a los indicadores seleccionados al juicio de expertos en el dominio, tanto en su aspecto de relevancia, como de representatividad.

Para valorar la relevancia de los indicadores, se solicitará a los expertos juicios de opinión respecto al grado de congruencia indicador-dimensión. El procedimiento más habitual es proporcionar a los expertos una lista de dimensiones y contenidos y, en fichas separadas, los indicadores elaborados para medir cada uno de los objetivos; partiendo de esta información, el experto valorará la relevancia de cada indicador (Martínez-Arias, 1995).

Para valorar la representatividad de los indicadores, se elabora una tabla de especificaciones para cada dimensión definida. La representatividad del instrumento vendrá dada por la concordancia entre los porcentajes de las casillas en ambas tablas. El grado de representatividad se puede cuantificar también por el porcentaje de emparejamientos idénticos entre los jueces.

8.2.1.1. Objetivo.

Realizar un estudio de validez de contenido del nuevo instrumento, utilizando una adaptación del procedimiento de Osterlind (1989); valorando el grado de consenso en opinión respecto a la adecuación entre cada indicador y el subdominio o dimensión de la escala Calidad del clima laboral donde se incluye.

8.2.1.2. Método.

8.2.1.1.2.1. Muestra.

Para la participación en el juicio de expertos, se ha utilizado un muestreo intencional, dado que se ha pedido la colaboración a expertos en medición en las Ciencias Sociales y de la Salud, así como a profesionales sanitarios que desarrollan su labor profesional en el Servicio de Urgencias.

Concretamente, se enviaron solicitudes de participación a 27 expertos, de las que se obtuvieron 14 respuestas. Según Prieto y Muñiz (2000), se ha consultado a un número moderado de expertos mediante un procedimiento sistematizado ($10 \leq N \leq 30$).

Se incluyeron todas aquellas respuestas que estaban cumplimentadas correctamente y se excluyó una respuesta al presentarse por duplicado.

De los que finalmente participaron en el proceso, fueron 58,3% hombres y 41,6% mujeres, con una media de edad de 48,83. Respecto a las profesiones, participaron 9 Profesores de Universidad, 4 médicos y un Técnico superior en Análisis Clínicos, con especialidades en Metodología, Diseños de investigación, Psicometría, Análisis de Datos, Urgencias y Medicina Intensiva, que llevan ejerciendo su profesión una media de 23,67 años.

8.2.1.1.2.2. Instrumentos.

Se diseñó una escala para medir 'Calidad del clima laboral: validez de contenido' disponible en:

https://docs.google.com/forms/d/1t179G92MNnaTMLjY9tDEGbkWbzMgC3XUVSkepDP6sQ3w/edit?no_redirect=true#

La escala está dividida en 6 bloques (véase Anexo VIII):

En el primero de ellos, se describen las instrucciones que los expertos han de seguir para valorar de 1 al 5 el grado de representatividad, utilidad y viabilidad de cada uno de los indicadores presentados con la dimensión a la que pertenezca (Holgado, Lara, Chacón y Pérez-Gil, 2000; Sanduvete, 2008; Sanduvete, Chacón, Sánchez y Pérez-Gil, 2013).

En el segundo de los bloques, se presenta una definición de las dimensiones a valorar: dimensión 1 Productividad; dimensión 2 Relación Laboral; dimensión 3 Trabajo Individual; dimensión 4 Satisfacción Laboral y, por último, dimensión 5 Características Propias del Servicio.

En el siguiente bloque, aparecen 5 ítems correspondientes a información de carácter socio demográfico (edad, género, profesión, especialidad y tiempo ejerciendo la profesión).

Los siguientes 3 bloques corresponden a Representatividad, Utilidad y Viabilidad del Dato, compuestos cada uno de ellos por 57 ítems (18 ítems de la escala de Perry et al. (2005), 38 ítems resultantes del análisis de contenido, y un ítem ómnibus o resumen global) graduales tipo Likert. Las variables de estudio fueron las siguientes:

- **Representatividad**, que hacía referencia al grado en que cada ítem representaba el dominio al que había sido asignado.

- **Utilidad**, referido a la medida en que cada ítem específico era útil para evaluar la calidad del clima con respecto al dominio donde fue asignado.

- **Viabilidad del dato**, referido a si las circunstancias posibilitaban la existencia del dato y su recogida.

Para la recogida y el análisis de la información, se utilizó la aplicación Google Work (Drive, Formularios y Hojas de Cálculo).

8.2.1.1.2.3. Procedimiento.

Una vez diseñado el instrumento, se manda una carta a los expertos (véase Anexo IX), donde se les invita a participar en la investigación, se les facilita el enlace web para poder rellenar el cuestionario y se les solicita el consentimiento informado de participar en la investigación (Anexo X).

Para el análisis de los ítems se usa el juicio de expertos, que es un procedimiento que permite obtener evidencias de validez de contenido para cada uno de los indicadores y, por tanto, del propio instrumento de medida globalmente. Para contrastar la calidad técnica de los indicadores, Osterlind (1989), recomienda dos procedimientos.

- a) Juicios del grado de adecuación entre cada indicador y el subdominio o dimensión que pretende medir.
- b) Emparejamiento de indicador y objetivo/s o dimensión/es, a juicio de los expertos.

Osterlind (1989) propuso un índice que aportaba una valoración objetiva y cuantitativa para cada indicador del instrumento: el **Índice de Osterlind** permite definir el concepto de modo claro y preciso, y pedir una valoración a expertos en el campo de aplicación que miden los indicadores. Su expresión formal es la siguiente:

$$I_{ik} = \frac{(N-1) \sum_{k=1}^n X_{ijk} + N \sum_{k=1}^n X_{ijk} - \sum_{k=1}^n X_{ijk}}{2(N-1)n}$$

Donde,

N.- Hace referencia al número de dimensiones que se han diseñado en el instrumento (en nuestro caso, cinco dimensiones: Productividad, Relación Laboral, Trabajo Individual, Satisfacción Laboral y Características del Servicio).

n.- Se refiere al número de jueces que han intervenido en la valoración del indicador que se trate (en nuestro caso, 13).

X_{ijk}.- Es la puntuación dada al ítem i de la dimensión j por el experto k.

En resumen, el juicio de expertos permite contrastar la validez de los indicadores; consiste en preguntar a personas expertas, en el dominio que mide el instrumento, sobre el grado de adecuación de cada indicador a un

criterio determinado (dimensión) y previamente establecido en los pasos anteriormente reseñados en la construcción del mismo.

A la hora de la toma de decisiones respecto a los ítems a incluir y excluir en base a los resultados, se seleccionarán aquellos ítems cuya valoración por parte de los expertos sea de $I > 0,5$ en las tres dimensiones estudiadas.

8.2.1.1.2.3. Resultados.

En resumen, el juicio de expertos permite contrastar la validez de los indicadores; consiste en preguntar a personas expertas en el dominio que mide el instrumento, sobre el grado de representatividad, utilidad y viabilidad de cada indicador a un criterio determinado (dimensión) y previamente establecido en los pasos anteriormente reseñados en la construcción del mismo.

Como se puede observar en la Tabla 48 sobre los resultados obtenidos en los análisis descriptivos realizados sobre el instrumento, se puede decir que:

Respecto a la dimensión **Representatividad**:

- La *M* de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems muestran que en el 82,4% de los ítems se obtiene una media por encima de 4, a excepción de los ítems 14 (3,33), 27 (3,67), 29 (3,83), 32 (3,62), 33 (3,64), 45 (3,92), 46(3,92), 47(3,27), 50 (3,70) y 52 (3,67), cuyos valores se encuentran por debajo de 4.
- La *DT* de las puntuaciones obtenidas muestran valores entorno a 0,76, siendo el ítem 50 el que mayor dispersión ha presentado respecto a la media (1,55) y el ítem 6 el que menor dispersión ha presentado (0,28).
- En cuanto a la *Mo*, el valor que se ha repetido con mayor frecuencia es el 5 (57,9% de los ítems) seguido del valor 4 (42,1% de los ítems).
- El Índice de Osterlind de todos los ítems presentan valores superiores a 0,5 a excepción de los ítems 14 (0,17), 27 (0,33), 29 (0,42), 32 (0,33), 33 (0,32), 45 (0,46) 46 (0,46) ,47(0,17) y50 (0,35) que serán excluidos del instrumento al no cumplir el criterio previamente establecido.

Respecto a la dimensión **Utilidad**:

- La *M* de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems muestran que el 80,70% de los ítems son valorados con valores superiores a 4 a excepción del ítem 14 (3,36), el 27 (3,20), el 29 (3,91), el 32 (3,64), el 33 (3,30), el 45 (3,64), el46 (3,60), el 47 (3,18), el 50 (3,90), el 52 (3,80) y el 53 (3,50) cuyos valores se encuentran por debajo de 4.
- La *DT* de las puntuaciones obtenidas muestran valores en torno a 0,80, siendo la puntuación más alta la obtenida en el en el ítem 53 (1,43) y la más baja, la del ítem 55 (0,40).
- La *Mo* de la puntuación obtenida en cada uno de los ítems muestra que la frecuencia que más se ha repetido es 5 (64,9%), seguida del valor 4 (33%); destaca el ítem 27 cuya moda es la más baja (3).
- Todos los Índices de Osterlind presentan valores superiores a 0,5 a excepción de los ítems a excepción de los ítems 27 (0,10), 29 (0,45),

32 (0,32), 33 (0,15), 45 (0,32), 46 (0,30) 47(0,09), 50 (0,45), 52 (0,40) y 53 (0,25) que serán excluidos del instrumento al no cumplir criterios previamente establecidos.

Respecto a la dimensión **Viabilidad** del dato:

- La *M* de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems es superior al valor 4, a excepción de los ítems 14 (3,50) 15 (3,63), 16 (3,90), 19 (3,70) 20 (3,70), 25 (3,80), 27 (3,80), 45 (3,80), 46 (3,67), 47 (3,67) y 50 (3,88) cuya media está por debajo de 4.
- La *DT* de las puntuaciones obtenidas muestran valores en torno a 0,88. Siendo la más alta la obtenida en el ítem 27 (1,33) y la más baja y la más baja la 2 (0,50).
- Respecto a la *Mo*, las puntuaciones que se han repetido con mayor frecuencia son el 4 (45,6%) y el 5 (45,6%) seguido de el valor 3 (9,8%) correspondiente a la moda de 5 ítems.
- Todos los ítems presentan índices de Osterlind superiores a 0,5 a excepción de los ítems a excepción de los ítems 14 (0,25), 15 (0,31), 16 (0,45), 19 (0,35) 20 (0,35), 25 (0,40) 27(0,40), 46 (0,33), 47 (0,33), 50 (0,44) y 53 (0,43).

De acuerdo con los criterios previamente establecidos de excluir a aquellos ítems cuya valoración resultante del índice de Osterlind fuera inferior a 0,5; se han excluido del instrumento 16 ítems en el que al menos en una de las dimensiones a valorar (9 ítems Representatividad, 10 ítems Utilidad y 11 ítems Viabilidad) la puntuación obtenida por los expertos haya sido inferior a 0,5.

Tabla 48
Resultados del análisis de contenido.

Ítem	<i>M R</i>	<i>S_x R</i>	<i>Mo R</i>	<i>M U</i>	<i>S_x U</i>	<i>Mo U</i>	$\bar{x}V$	<i>S_x V</i>	<i>M_o V</i>	<i>I_{ij} R</i>	<i>I_{ij} U</i>	<i>I_{ij} V</i>
1. Nos sentimos orgullosos de nuestro trabajo.	4,00	1,08	4	4,18	0,83	4	4,09	1,00	5	,50	,59	,55
2. Nuestro grupo de trabajo es conocido por la calidad de su trabajo.	4,17	0,80	4	4,50	0,65	5	4,55	0,50	5	,58	,75	,77
3. Tenemos un propósito común.	4,17	0,69	4	4,33	0,75	5	4,09	0,67	4	,58	,67	,55
4. Nos esforzamos por entender las necesidades de nuestros usuarios.	4,58	0,49	5	4,18	0,72	4	4,27	0,62	4	,79	,59	,64
5. Nos sabemos adaptar a nuevas circunstancias.	4,25	0,83	5	4,08	0,76	5	4,09	0,67	4	,63	,54	,55
6. Nos esforzamos por lograr buenos resultados.	4,92	0,28	5	4,75	0,43	5	4,45	0,78	5	,96	,88	,73
7. Contamos con los recursos y la infraestructura necesaria para realizar nuestro trabajo.	4,42	0,86	5	4,25	0,83	5	4,36	0,98	5	,71	,63	,68
8. Recibimos la formación necesaria para realizar nuestro trabajo.	4,33	0,94	5	4,75	0,43	5	4,20	0,98	5	,67	,88	,60
9 Se conoce a nuestro equipo de trabajo por nuestra productividad y alto rendimiento.	4,58	0,86	5	4,58	0,64	5	4,40	0,80	5	,79	,79	,70
10. Tenemos la experiencia necesaria para realizar bien nuestro trabajo.	4,58	0,49	4	4,55	0,66	5	4,30	0,78	5	,79	,77	,65
11. Nuestra jornada laboral es adecuada para desarrollar nuestro trabajo.	4,36	0,88	5	4,25	1,01	5	4,00	1,18	5	,68	,63	,50
12 Nos sentimos motivados realizando nuestro trabajo.	4,58	0,49	5	4,58	0,86	5	4,00	0,89	4	,79	,79	,50
13. Se nos reconoce lo bien que realizamos nuestro trabajo.	4,42	0,64	4	4,45	0,66	5	4,00	1,15	4	,71	,73	,50
14. la cantidad de trabajo que realizo es similar al de otros centros donde he trabajado.	3,33	1,18	4	3,36	1,30	4	3,50	1,12	3	,17*	,18*	,25*
15. Disponemos del tiempo necesario para atender a nuestro usuario.	4,17	1,14	5	4,09	1,16	5	3,63	1,11	4	,58	,55	,31*
16. Dispongo del tiempo necesario para hacer bien mi trabajo.	4,08	1,11	5	4,27	1,14	5	3,90	1,14	4	,54	,64	,45*

Ítem	<i>M R</i>	<i>S_x R</i>	<i>Mo R</i>	<i>M U</i>	<i>S_x U</i>	<i>Mo U</i>	$\bar{x}V$	<i>S_x V</i>	<i>M_o V</i>	<i>I_{ij} R</i>	<i>I_{ij} U</i>	<i>I_{ij} V</i>
17. Entendemos la importancia del trabajo de cada miembro del grupo.	4,17	0,69	4	4,64	0,48	5	4,30	0,64	4	,58	,82	,65
18. Somos conscientes de las habilidades de cada uno.	4,17	0,90	4	4,45	0,50	4	4,00	0,89	4	,58	,73	,50
19. Nos esforzamos por mejorar nuestras actuaciones.	4,25	0,92	5	4,09	0,90	4	3,70	0,78	3	,63	,55	,35*
20. Prestamos atención a cómo de bien trabajamos juntos.	4,36	0,77	5	4,30	0,78	5	3,70	0,90	4	,68	,65	,35*
21. Tenemos buena comunicación entre los miembros del equipo de trabajo.	4,58	0,64	5	4,64	0,64	5	4,30	0,64	4	,79	,82	,65
22. Tenemos buena relación entre todos los miembros del equipo de trabajo.	4,67	0,62	5	4,73	0,62	5	4,22	0,63	5	,83	,86	,61
23. Me siento a gusto trabajando con los demás componentes de mi equipo de trabajo.	4,64	0,64	5	4,60	0,49	4	4,10	0,83	4	,82	,80	,55
24. Mantenemos buenas relaciones personales con los demás miembros de trabajo.	4,33	0,62	4	4,27	0,75	4	4,00	0,77	4	,67	,64	,50
25. Tenemos buena relación con nuestro director de equipo de trabajo.	4,42	0,64	4	4,55	0,66	5	3,80	1,25	5	,71	,77	,40*
26. Trabajamos en un buen clima de grupo de trabajo.	4,33	0,62	5	4,55	0,66	5	4,22	0,63	4	,67	,77	,61
27. Uno de los motivos de entrar al grupo de trabajo es que ya conocía a alguno de sus miembros.	3,67	1,03	4	3,20	1,25	3	3,80	1,33	5	,33*	,10*	,40*
28. Se nos reconoce nuestras aportaciones personales.	4,42	0,64	5	4,64	0,48	5	4,10	0,94	4	,71	,82	,55
29. Tenemos los recursos necesarios para hacer nuestro trabajo bien.	3,83	0,99	4	3,91	1,08	5	4,40	0,80	5	,42*	,45*	,70
30. Seguimos un plan para dirigir nuestras actividades.	4,00	0,91	4	4,09	0,90	4	4,20	0,75	4	,50	,55	,60
31. Participamos en las decisiones de nuestro grupo de trabajo.	4,33	0,62	4	4,40	1,02	5	4,20	0,98	4	,67	,70	,60
32. Nuestro grupo de trabajo es productivo.	3,67	1,37	4	3,64	1,37	5	4,00	1,00	4	,33*	,32*	,50
33. Nuestro trabajo siempre es guiado por unos protocolos de actuación.	3,64	1,07	4	3,30	1,27	4	4,20	1,08	5	,32*	,15*	,60
34. Conocemos las carencias profesionales que tenemos al desarrollar nuestro trabajo.	4,08	0,64	4	4,27	0,62	4	4,00	0,77	4	,54	,64	,50

Ítem	<i>M R</i>	<i>S_x R</i>	<i>Mo R</i>	<i>M U</i>	<i>S_x U</i>	<i>Mo U</i>	$\bar{x}V$	<i>S_x V</i>	<i>M_o V</i>	<i>I_{ij} R</i>	<i>I_{ij} U</i>	<i>I_{ij} V</i>
35. Conocemos las funciones que tienen cada uno de los miembros del equipo de trabajo.	4,50	0,65	5	4,50	0,67	5	4,44	0,68	5	,75	,75	,72
36. Sentimos que nuestro trabajo es importante.	4,83	0,37	5	4,73	0,45	5	4,40	0,66	4	,92	,86	,70
37. Desarrollamos nuestras habilidades y conocimientos.	4,67	0,62	5	4,64	0,48	5	4,20	0,98	5	,83	,82	,60
38. Tenemos claro qué se espera de nuestro trabajo.	4,58	0,64	5	4,45	0,66	5	4,30	1,00	5	,79	,73	,65
39. Nuestros compañeros valoran nuestra profesión.	4,55	0,66	5	4,45	0,66	5	4,20	0,75	4	,77	,73	,60
40. Se nos valora el trabajo que realizamos.	4,67	0,47	5	4,73	0,45	5	4,20	0,98	4	,83	,86	,60
41. Nuestras expectativas cuando entramos al equipo de trabajo se han cumplido.	4,67	0,47	5	4,60	0,49	4	4,20	0,87	5	,83	,80	,60
42. Siento que nuestra especialización es reconocida por los compañeros.	4,50	0,50	5	4,36	0,88	4	4,10	0,83	5	,75	,68	,55
43. El tipo de paciente al que atendemos se ajusta a la especialización del servicio.	4,50	0,65	5	4,20	0,87	4	4,22	0,79	5	,75	,60	,61
44. El tipo de problemática que presentan nuestros pacientes se ajustan a la especialidad de nuestro servicio.	4,58	0,49	5	4,45	0,50	4	4,40	0,66	5	,79	,73	,70
45. Tenemos buena relación con nuestros pacientes.	3,92	0,95	4	3,64	1,15	4	3,80	1,08	5	,46*	,32*	,40
46. Nuestros pacientes tienen buena relación con el hospital donde trabajamos.	3,92	0,95	4	3,60	1,20	4	3,67	1,05	3	,46*	,30*	,33*
47. Tenemos buena relación con los familiares de nuestros pacientes.	3,27	1,35	5	3,18	1,34	4	3,67	1,05	3	,14*	,09*	,33*
48. Conocemos muy bien las características que tienen nuestros pacientes.	4,18	0,57	4	4,40	0,66	5	4,00	0,82	4	,59	,70	,50
49. Coordinamos nuestro trabajo con los demás servicios del hospital.	4,30	0,46	4	4,00	1,05	5	4,56	0,68	5	,65	,50	,78
50. Siempre atendemos pacientes que vienen en estado de emergencia.	3,70	1,55	5	3,90	1,30	5	3,88	1,36	5	,35*	,45*	,44*
51. Conocemos nuestras carencias a la hora de desempeñar nuestro trabajo.	4,50	0,65	5	4,20	0,75	5	4,00	0,67	4	,75	,60	,50
52. Sabemos gestionar el conflicto que se genera entre nosotros.	3,67	1,03	5	3,80	1,33	5	4,00	0,67	4	,33*	,40*	,50

Ítem	<i>M</i> R	<i>S_x</i> R	<i>Mo</i> R	<i>M</i> U	<i>S_x</i> U	<i>Mo</i> U	\bar{x} V	<i>S_x</i> V	<i>M_o</i> V	<i>I_{ij}</i> R	<i>I_{ij}</i> U	<i>I_{ij}</i> V
53. Se nos permite hacer propuestas para mejorar nuestro trabajo.	4,09	1,00	5	3,50	1,43	5	3,89	1,10	5	,55	,25*	,44*
54. Las características de nuestro servicio son las apropiadas para desempeñar nuestro trabajo.	4,25	1,09	4	4,40	0,49	4	4,22	1,03	5	,63	,70	,61
55. Nuestro servicio funciona correctamente.	4,42	0,49	4	4,80	0,40	5	4,11	1,10	5	,71	,90	,56
56. Tenemos buena relación con los demás servicios del centro.	4,50	0,67	5	4,20	0,75	4	4,00	0,82	3	,75	,60	,50
57. El clima laboral de mi grupo de trabajo es bueno.	4,42	0,49	4	4,60	0,66	5	4,13	0,78	4	,71	,80	,56

Nota. *M* = media; R =representatividad; U = utilidad; V =viabilidad. *S_x*=desviación típica; *Mo* = moda; *I_{ik}* = índice de Osterlind.

8.2.2. Estudio 2. Evidencias validez de constructo.

8.2.2.1. Objetivo.

El objetivo de este apartado es aportar evidencias de validez de constructo, entendida como la medida en que la escala construida refleja la teoría psicológica, y permite interpretar las puntuaciones dándoles un significado teórico (American Psychological Association, American Educational Research Association y National Council on Measurement in Education, 1999).

Las puntuaciones del test no son el constructo en sí, ya que el constructo puede manifestarse a través de múltiples indicadores. Por ello, mediante la validación de constructo se acumulan evidencias que apoyan que las puntuaciones de la escala son una de sus posibles manifestaciones.

8.2.2.2. Método.

8.2.2.2.1. Muestra.

Para esta fase del estudio han participado 201 profesionales pertenecientes al personal sanitario del área de Urgencias del campo de Gibraltar. Se ha realizado un muestreo incidental con participación voluntaria de los profesionales. Concretamente el 33,3% han sido médicos, el 40,3% Enfermeros, el 22,4% Auxiliares de Enfermería y un 4% celadores. De los cuales el 38,3% han sido hombres y el 61,7% mujeres con una edad media de 41,60 años.

En cuanto al tipo de relación laboral que les vincula con la institución, el 30,9% de los participantes han tenido un contrato indefinido, el 43,3% un contrato eventual, el 14,9% un contrato por obra y servicio, y el 1% otro tipo de contrato (contrato de Médico Interno en Formación). Su media de tiempo ejerciendo la profesión ha sido de 15,12 años, de los cuales 8,52 años corresponde al tiempo que llevan trabajando en el actual centro de trabajo.

8.2.2.2.2. Instrumentos.

Para la el diseño del instrumento y la recogida de la información se ha utilizado la aplicación *google for work: (Drive, Formularios, Hojas de cálculo)*. Para el análisis estadístico de los datos se ha utilizado el software SPSS versión 23. Para la evaluación empírica del modelo teórico mediante ecuaciones estructurales se ha utilizado el software LISREL versión 8.8.

El Instrumento de medida 'calidad del grupo de trabajo' ha estado disponible en el siguiente enlace: https://docs.google.com/forms/d/1xp_YfnXtytoKEPXhQdC4BDKXYyVqL_oUHCrgtR_Sqe4/viewform, y está compuesto por tres bloques (véase anexo XI):

- Un primer bloque donde se detallan las instrucciones para rellenar el cuestionario, se informa del objetivo de la investigación y del uso de la información registrada.

- Un segundo bloque con preguntas de carácter sociodemográfico que está compuesto por 9 ítems: edad, género, profesión, especialidad, centro de trabajo, tiempo ejerciendo su profesión, servicio en el que desarrolla su trabajo, tiempo que lleva trabajando en el servicio y, tipo de relación que mantiene con la organización sanitaria.
- Y un último bloque compuesto por 41 ítems tipo Likert gradual en 5 puntos; concretamente, 40 de ellos referidos a la calidad del clima de trabajo y un ítem ómnibus que trata de resumir toda la información relativa a la escala.

Para registrar la información, se llevó un portátil con conexión a internet para que los profesionales pudieran contestar de manera inmediata al cuestionario.

8.2.2.2.3. Procedimiento.

Tras el diseño el nuevo instrumento de medida, se contactó con la Dirección Médica de del área de urgencias del Campo de Gibraltar, explicándoles el motivo de la investigación y las características del estudio.

Una vez obtenida la autorización correspondiente, se administró el cuestionario mediante dos procedimientos: a) mediante un ordenador portátil con conexión a internet, y b) debido a las dificultades encontradas propias del contexto de trabajo (poco tiempo para la cumplimentación, flujo constante de pacientes que atender y alta carga de trabajo en general) se solicitaron correos electrónicos de los profesionales y se enviaron correos electrónicos para invitarles a participar.

Una vez registrada la información, y tomando como referencia el modelo teórico previamente definido (definición estructural y operacional), se propuso una estructura factorial de primer orden de 5 factores y se evaluó el modelo empíricamente a través de un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). El criterio general para considerar válido el cuestionario, fue que los 40 ítems evalúen cada una de las dimensiones de la “calidad de clima laboral”

Se estimó la matriz de correlaciones policóricas, se comprobó el supuesto de normalidad bivariada de acuerdo con el procedimiento propuesto por Jöreskog (2003), y se tuvo en cuenta el porcentaje de ítems cuyo error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) fuera superior a 0,1 para cada par de correlaciones (Cano, et al., 2015; Holgado et al., 2015).

Posteriormente, se realizó un AFC mediante el método de estimación de mínimos cuadrados no ponderados, dado a que todas las variables eran ordinales y su distribución era asimétrica (Holgado et al., 2015; Jöreskog, 2003; Morata, Holgado, Barbero y Méndez, 2015). El ítem 41 de la escala se excluyó de este análisis ya que se utilizó como variable criterio.

8.2.2.3. Resultados

De los 250 cuestionarios y correos electrónicos enviados, se obtuvo una tasa de respuesta del 80,4%; en concreto, el 79,2% se registraron in situ, y el 0,8% los contestaron mediante soporte web fuera del contexto de trabajo.

En cuanto al análisis de los datos, se asume normalidad en la distribución bivariada de los ítems, ya que sólo 6 (0,7%) de las 780 correlaciones tenían el RMSEA superior a 0,1, (véanse anexo XII y XIII) nivel de significación del 5% (Jöreskog, 2003).

En base a el marco teórico previo, la distribución de ítems por factor se determinó de la siguiente manera: Factor 1 Productividad (compuesto por los ítems 1 al 13), Factor 2 Relación Laboral (compuesto por los ítems 14 al 20), Factor 3 Trabajo individual (compuesto por los ítems 21 al 25), Factor 4 Satisfacción laboral (compuesto por los ítems 26^a l32), y Factor 5 Características del servicio (compuesto por los ítems 33 al 40).

Asumiendo esta estructura interna, se realizó un AFC utilizando mínimos cuadrados no-ponderados. Los índices globales de la bondad de ajuste obtenidos fueron: $\chi^2(g.l= 770; p= 0,0001)= 5748.01$; RMSEA=0,152, con un intervalo al 90% Comprendido entre 12,07 y 13,42; GFI= 0,91 AGFI= 0,90.

Con estos resultados no fue posible aceptar la hipótesis nula según la cual la estructura interna de la muestra fuera igual a la propuesta inicialmente procedente del proceso multimétodo de cinco factores.

Pese a ello, la escala presentó un alto coeficiente de fiabilidad $\alpha = 0,96$ y un coeficiente de validez de criterio aceptable de 0,683 al tratarse de una escala unidimensional con un predictor único (Ponce Rosas, Gómez Clavelina, Terán Trillo, Irigoyen Coria y Landgrave Ibáñez, 2002).

Como se observa en la tabla 49, los altos coeficientes de correlación podrían indicarnos que se trata de un constructo unidimensional (existe una correlación significativa en matriz de correlaciones múltiples $p<0,05$ en el 93,3% de los casos). En cambio, los valores t del modelo utilizado para contrastar la hipótesis de que el parámetro es distinto de 0 en la población, presentaron valores absolutos inferiores a 1,96 en el factor 4 (presentaron valores de 1,19 para todos sus ítems).

Tabla 49:
Matriz Estructura del AFC. Solución estandarizada

Ítems	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5
1	0,63				
2	0,66				
3	0,77				
4	0,59				
5	0,44				
6	0,63				
7	0,75				
8	0,74				
9	0,65				
10	0,35				
11	0,64				
12	0,72				
13	0,74				
14		0,72			
15		0,58			
16		0,84			
17		0,79			
18		0,84			
19		0,82			
20		0,88			
21			0,84		
22			0,76		
23			0,86		
24			0,57		
25			0,59		
26				0,68	
27				0,65	
28				0,60	
29				0,73	
30				0,78	
31				0,89	
32				0,80	
33					0,76
34					0,67
35					0,60
36					0,83
37					0,46
38					0,78
39					0,78
40					0,83
F2	0,78				
F3	0,81	0,79			
F 4	0,87	0,73	0,87		
F5	0,85	0,73	0,84	0,88	

8.2.2.4. Ajuste del modelo.

Teniendo en cuenta la alta correlación entre los factores, los índices de modificación del modelo y la convergencia de los 4 factores derivados del proceso de triangulación de los capítulos 6 y 7 (Productividad, Satisfacción, Trabajo individual, y Relaciones; el factor 5 'características propias del servicio', se obtuvo únicamente en la parte cualitativa y podría ser un factor que aporta nueva información a cada uno de los demás factores), se planteó realizar un nuevo AFC.

8.2.2.4.1. Objetivo.

En base a los resultados obtenidos en el primer análisis realizado, se trató de obtener un modelo que solvente las carencias encontradas en el primer análisis.

8.2.2.4.2. Método.

Se realizó un nuevo análisis de los datos tomando como modelo referencial el derivado del proceso de triangulación de 4 factores. Al igual que en el primer análisis, se realizó un AFC utilizando el método de estimación de mínimos cuadrados no ponderados.

8.2.2.4.3. Resultados.

Asumiendo que la estructura interna de nuestros datos era igual que la obtenida en el proceso de triangulación, se obtiene una estructura factorial de primer orden de 4 factores que básicamente, se corresponde con el modelo sustantivo de cuatro factores en lo esencial (véase tabla 50).

Dicho modelo ha obtenido los siguientes modelos globales de bondad de ajuste: $\chi^2(g.l= 773; p= 0,0001)= 4044.95$; $RMSEA=0,074$, con un intervalo al 90% Comprendido entre 0,074 y 0,083; $GFI= 0,97$ $AGFI= 0,97$.

Con estos resultados es posible aceptar la hipótesis nula según la cual la estructura interna de la muestra fuera igual a la propuesta inicialmente, derivada tanto del proceso de revisión de la literatura, como de la correspondencia existente entre los principales componentes de la calidad del clima laboral.

Tabla 50:

Matriz Estructura del AFC. Solución estandarizada 4 factores.

Ítems	F 1	F 2	F 3	F 4
1	0,52			
4	0,59			
5	0,74			
6	0,51			
10	0,84			
11	0,54			
14	0,47			
26	0,47			
27	0,53			
40	0,23			
2		0,58		
3		0,43		
7		0,44		
8		0,45		
9		0,59		
12		0,49		
13		0,45		
21		0,35		
22		0,48		
23		0,33		
29		0,50		
30		0,41		
31		0,24		
32		0,38		
33		0,47		
36		0,37		
38		0,42		
39		0,43		
34		0,59		
16			0,29	
17			0,36	
18			0,28	
19			0,31	
20			0,22	
24				0,59
25				0,54
28				0,53
35				0,53
37				0,70

El contenido sustantivo de los factores responde a 4 factores: a) Trabajo individual; b) Satisfacción laboral; c) Relación laboral y; c) Productividad.

El factor 1 *Trabajo individual*, estaría compuesto por ítems referidos: al sentimiento de la realización del trabajo realizado por cada miembro del grupo, al esfuerzo para poder entender las necesidades que se les presenta, a la adaptación a las nuevas circunstancias que emergen del contexto laboral, al esfuerzo realizado para conseguir buenos resultados, a la experiencia profesional previa para realizar el trabajo, a la importancia del trabajo de cada miembro del equipo, al sentimiento de lo importante que es el trabajo que realizan, a la posibilidad de desarrollar sus habilidades y conocimientos y, por último a la relación laboral con los demás servicios del centro.

El factor 2 *Satisfacción laboral*, incluye elementos relacionados con: el reconocimiento de la calidad del trabajo que realizan, la existencia de un propósito común y de un plan que guíen sus actuaciones, contar con los recursos y la infraestructura necesaria para poder trabajar, recibir la formación adecuada para realizar el trabajo, la productividad y alto rendimiento conseguido, la motivación al desarrollar el trabajo, el reconocimiento y valoración del trabajo realizado, las aportaciones personales realizadas, la posibilidad de poder participar en las decisiones del grupo de trabajo, la valoración de los compañeros de la profesión que desempeñan y de su especialidad, las expectativas cumplidas al entrar a trabajar en el centro, la adecuación existente entre especialización del servicio y perfil del paciente, la coordinación con los demás servicios del hospital, la adecuación de las características del servicio para desempeñar el trabajo y, al buen funcionamiento del servicio.

El Factor 3 *Relación laboral*, incluiría elementos relacionados con: la comunicación entre los miembros del equipo de trabajo, la calidad de las interrelaciones entre los compañeros y el sentimiento positivo de trabajar con ellos, las relaciones personales existentes dentro del equipo de trabajo y, a un buen clima dentro del grupo de trabajo.

El Factor 4 *Productividad*, en el cual aparecen ítems relacionados con: la identificación de las habilidades y carencias para desarrollar el trabajo, la especificación de las funciones a desempeñar, lo que se espera de su trabajo, y por último, al conocimiento de las características que tienen los pacientes a los que trabajan.

Si bien es cierto que han habido cambios entre los elementos previamente establecidos; la dimensión *características propias del servicio* ha introducido información específica en cada uno de los factores existentes, lo que ha alterado la adscripción de cada ítem respecto a su factor.

Una posible explicación de estos cambios, podría deberse a la alta correlación existente entre todos los ítems de la escala y de sus factores; en este sentido podría tratarse de una escala de una sola dimensión relativa a la calidad del clima laboral.

Desde una perspectiva teórico-sustantiva, existe correspondencia entre los elementos de la escala y los de la literatura especializada (Litwin y Stringer, 1999; Moos e Insel, 1974; Payne y Mansfield, 1978) que centran su atención en .en la percepción de los trabajadores sobre la estructura y los procesos existentes dentro de su entorno laboral.

8.3. Principales conclusiones y síntesis del capítulo.

Desde una perspectiva inductiva-deductiva, se inició el proceso de estudio de la calidad del clima laboral desde una perspectiva multimétodo; diseñando para ello un nuevo instrumento que dio lugar a una definición tanto estructural como operacional del constructo a medir.

En base a esta definición, se realizó un estudio para obtener evidencias de validez y fiabilidad; en concreto, validez de contenido, de constructo y de criterio, como elementos clave para cualquier proceso de medición de lo psicológico y social facilitando la coherencia teórica, la correspondencia entre lo teórico y lo empírico y utilidad para los contextos de intervención.

En nuestro caso, se han aportado algunas evidencias de validez y fiabilidad de la escala, concretamente:

- En lo relativo a la validez de contenido, se ha realizado el estudio que ha servido para depurar el instrumento inicialmente planteado ajustado a criterios de representatividad, utilidad y viabilidad del dato, permitiendo eliminar 16 ítems del cuestionario inicialmente propuesto.
- En lo relativo a la validez de constructo, se han alcanzado los resultados esperados (ajuste del modelo teórico con el empírico), además de presentar un buen coeficiente de fiabilidad ($\alpha = 0,96$), y un coeficiente de validez de criterio de 0,68.
- Pese a que la solución final ha sufrido algunas modificaciones en el orden los ítems respecto a su factor, no han modificado sustantivamente los elementos fundamentales.

Teniendo en cuenta que cualquier proceso de obtención de evidencias está afectado por las características de los contextos de intervención; En este caso concreto, se elaboró el instrumento, en base a la revisión de la literatura y a los resultados obtenidos en el proceso de triangulación, con la finalidad de medir la calidad del clima laboral en un contexto con una idiosincrasia tan específica como es el servicio de urgencias del hospital.

Para poder hacerlo, se contó con las aportaciones de la dirección médica del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Campo de Gibraltar, con el propósito e interés, de que este estudio tenga consecuencias prácticas en la mejora de su desarrollo profesional.

8. Diseño de un nuevo instrumento de medida para medir la 'calidad del clima laboral': evidencias de validez y fiabilidad.

En los capítulos 6 y 7, se obtuvo como resultado un modelo estructural de los principales componentes del 'clima laboral', a partir de una construcción de categorías derivadas de dos técnicas distintas y complementarias: Análisis Factorial Exploratorio y Análisis de Contenido.

En este capítulo, tratamos de confeccionar una nueva escala de medida sobre la calidad del clima laboral, que recoja y unifique toda la información encontrada en los procedimientos anteriormente utilizados.

Concretamente, se obtuvo un modelo del concepto basado en 5 componentes principales: 'productividad', 'relación laboral', 'trabajo individual', 'satisfacción laboral' y 'características del servicio'. En base a estos factores, se diseñó una escala para medir la calidad del clima laboral, teniendo en cuenta para ello su definición estructural y operacional.

Una vez seleccionados y confeccionados los ítems correspondientes a cada una de las dimensiones, se realiza un estudio de validez de contenido para valorar el grado de representatividad, utilidad y viabilidad de cada uno de los índices seleccionados con las dimensiones del constructo 'calidad del clima laboral', para lo cual utilizaremos juicio de expertos en base al procedimiento de Osterlind (1989).

Una vez depurada la escala, y seleccionando aquellos ítems que hayan obtenido mejor valoración por parte de los expertos (estableciéndose 0,5 como punto de corte a partir del cual considerarlo apropiado), se realiza un nuevo estudio de la escala resultante; concretamente, se realiza un estudio de fiabilidad y de validez de constructo y de criterio del instrumento de medida diseñado, con el fin de obtener evidencias de sus propiedades psicométricas.

8.1. Definición estructural y operacional del instrumento.

La mayoría de los instrumentos de medida consisten en el desempeño de alguna tarea, la observación de datos objetivos, conductas o auto informes. En general, todos tienen en común que (Martínez-Arias, 1995): a) son técnicas sistemáticas o estandarizadas en las que la tarea, las instrucciones, las respuestas, el procedimiento de aplicación, la corrección y la interpretación están pautadas y son equivalentes para el objeto de estudio a los que se les aplica, b) contienen solamente una muestra representativa de las posibles manifestaciones empíricas y observables de las características que miden, c) en general, las puntuaciones se interpretan por normas y estándares, y d) la finalidad es hacer inferencias y predicciones sobre otros aspectos distintos o más generales que los observados durante la aplicación.

Los pasos a seguir para la elaboración de un instrumento de medida o sistema de indicadores (test, cuestionario o cualquier tipo de escala) pueden resumirse en los siguientes pasos: a) delimitación del objeto para el que van a

utilizarse las puntuaciones, b) definición del constructo que pretende medirse, c) descripción general de los componentes del constructo, d) diseño del instrumento, e) redacción de los ítems, f) análisis de la calidad de los ítems, g) estudio de fiabilidad del instrumento, h) estudio de la validez del instrumento, e i) elaboración de las normas de interpretación y baremación de las puntuaciones (Crocker y Algina, 1986).

Resumiendo, podemos señalar que este proceso de construcción siempre implica el diseño del instrumento de medida, la evaluación de su calidad y la evaluación de los resultados en base a los datos obtenidos del contexto, participantes, etc.:

- a) En cuanto al *diseño del instrumento de medida*, éste implica dos aspectos: la delimitación teórico-conceptual del concepto a medir y su delimitación formal (soporte físico, número y tipos de ítems, y cómo cuantificar las respuestas y redactar los ítems).
- b) Respecto a la *evaluación de la calidad del instrumento* supone que se han de tener en cuenta tres aspectos fundamentales: análisis de la calidad de los ítems, y estudio de la fiabilidad y la validez del instrumento.
- c) Por último, la *evaluación de los resultados* implica delimitar adecuadamente la asignación de las puntuaciones y su interpretación, y garantizar la equiparación de las mismas con referencia a otros contextos, investigaciones y/o estudios.

Particularizando todas estas descripciones y/o requisitos necesarios para la construcción de cualquier instrumento de medida a nuestra propuesta inicial, es decir, la construcción de un cuestionario que posibilite una medida adecuada de 'calidad del clima de trabajo', esta fase del diseño debe cubrir las siguientes etapas:

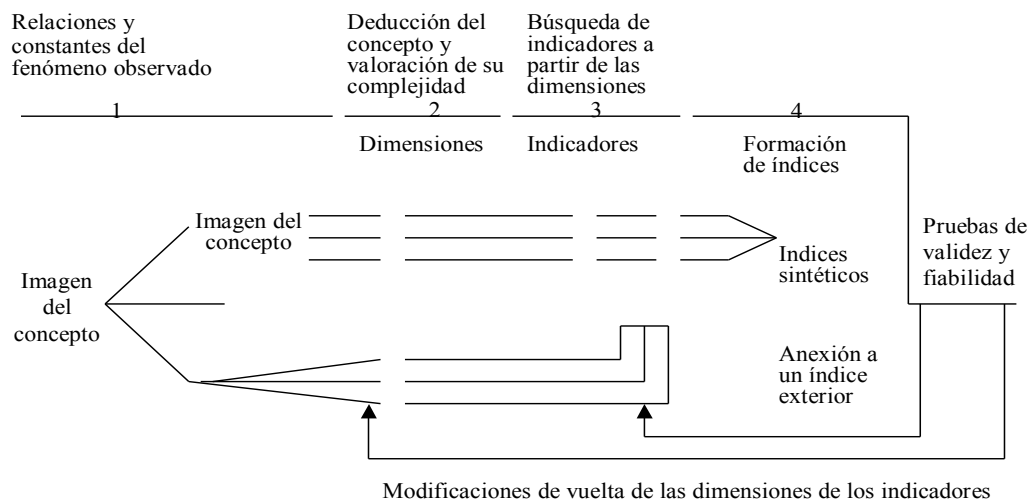
- Delimitación y operacionalización del concepto 'calidad del clima laboral' que deseamos medir.
- Confección de los indicadores, ítems o reactivos a utilizar.
- Determinación del valor escalar de los mismos.
- Confección del instrumento como tal.

Una vez completada la fase de construcción del sistema de indicadores, se pasaría a la evaluación del instrumento construido para, finalmente, concluir con la administración efectiva del mismo.

En cuanto al diseño del sistema de indicadores que proponemos en este trabajo, se han tenido en cuenta los aspectos necesarios para obtener una delimitación teórico-conceptual adecuada; esto es, sus aspectos teórico-empíricos (Anguera, Chacón y Holgado, 2008), las características de los sistemas de indicadores (Setién, 1993) y las relaciones de carácter probabilístico del paradigma o modelo estadístico en el que se ubica actualmente todo sistema de medida (McCallum, 1994).

La delimitación teórico-conceptual del constructo a medir precisa de una correcta y precisa identificación y definición del objetivo de medida. En este sentido, Lazarsfeld (1973) propone un procedimiento deductivo que permite delimitar el concepto objeto de estudio obteniendo indicadores adecuados (Figura 21).

Figura 21:
Procedimiento deductivo propuesto por Lazarsfeld (1973).



Adaptado de "Indicadores en evaluación de programas" por M. T. Anguera, S. Chacón y F. P. Holgado, 2008, en *Evaluación de programas sociales y sanitarios. Un abordaje metodológico*, p. 113. Copyright 2008 de Síntesis.

En resumen, cualquier constructo o concepto a medir debe ser definido tanto estructural como operacionalmente. La definición estructural supone delimitar el concepto a medir desde una teoría consistente y sustantiva que relaciona el constructo medido con otros constructos o variables empíricas de su entorno. Esto es lo que, dentro de la técnica de modelos estructurales, se suele llamar parte estructural de un modelo o teoría. La definición operacional supone explicitar los datos objetivos que pueden considerarse como indicadores del constructo; es decir, concretar los aspectos semánticos u operativos de cada constructo que, en los modelos estructurales, se identifican con el modelo de medida (Bollen, 1989).

8.1.1. Objetivo.

Elaborar un nuevo instrumento de medida sobre la calidad del clima de laboral en base a los resultados obtenidos en el abordaje multimétodo, de tal manera que permita recoger la nueva información registrada.

8.1.2. Método.

8.1.2.1. Muestra.

Se seleccionan aquellas dimensiones, subdimensiones e indicadores aparecidos en los procedimientos desarrollados en capítulos anteriores. Concretamente 5 dimensiones, 36 subdimensiones (códigos) ,18 ítems del

cuestionario adaptado de Perry et al. (2005) y los ítems elaborados a partir de las 36 subdimensiones procedentes del análisis de contenido.

Se incluye al menos un indicador de cada uno de los códigos encontrados en el análisis de las entrevistas, además de los ítems utilizados en la escala de 'calidad del grupo de trabajo'.

Los criterios a partir de los cuales se excluyen ítems de la nueva escala fueron los siguientes:

- Sustantivo: que exista incoherencia conceptual entre el ítem y la dimensión que representa.
- Saturación de información: que haya demasiados ítems referidos al mismo factor que no aporten nueva información.

8.1.2.2. Instrumentos.

Para la selección y elaboración de los nuevos ítems, se utilizó la adaptación de la escala de Perry et al. (2005), conjuntamente con los códigos obtenidos en el análisis de contenido.

8.1.2.3. Procedimientos.

En base a las revisiones bibliográficas y los resultados obtenidos del proceso multimétodo, se propone una definición operacional y estructural del concepto "calidad del clima laboral".

Para la definición estructural, se toma como punto de partida las 5 dimensiones y 36 subdimensiones encontradas; estas son: Productividad, Relación Laboral, Trabajo Individual, Satisfacción Laboral y Características Propias del Servicio. El constructo derivado de la parte cualitativa de la investigación es un concepto jerárquico de 4º orden, que resulta complicado de comprender y operacionalizar por lo que, siguiendo la misma lógica, simplificamos a un modelo más sencillo de segundo orden, de dimensión a indicador.

En la definición operativa, además de los 18 ítems de la escala de Perry et al. (2005), se incluyó al menos un indicador de cada uno de los códigos; concretamente, 36 códigos transformados a 38 ítems (ver Anexo VII).

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de ambos procesos; por un lado, se presenta la definición estructural del concepto "calidad del clima laboral"; y por otro, la propuesta de cómo operacionalizarlo.

8.1.3. Resultados.

8.1.3.1. Definición estructural del concepto.

La definición estructural supone delimitar el concepto a medir desde una teoría consistente y sustantiva que relaciona el concepto o constructo medido con otros constructos o variables empíricas de su entorno. En nuestro caso, tras la revisión bibliográfica y en base a los resultados obtenidos en el capítulo 6 (Lozano et al., 2013), proponemos que el concepto 'calidad del clima laboral' viene determinado, entre otros posibles factores, por los siguientes:

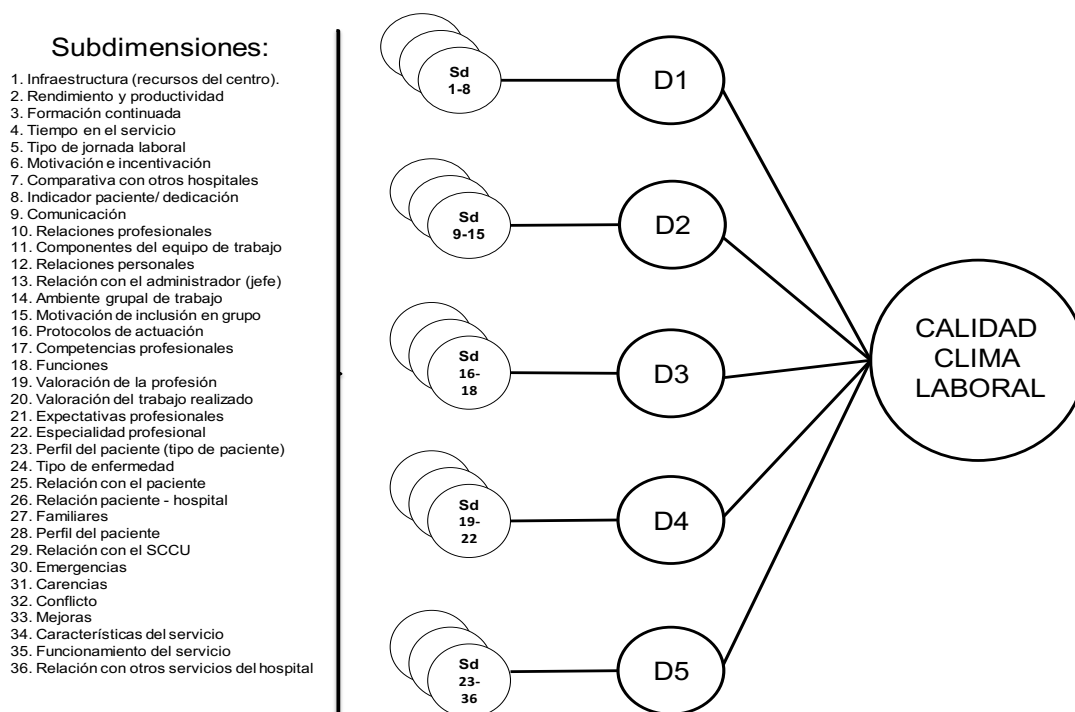
- *Productividad*: entendida como todos aquellos aspectos psicobiosociales que interfieren en el rendimiento de los trabajadores, así como en la calidad del trabajo que realizan; e.g., los recursos y la infraestructura, la formación, o la experiencia laboral (Salazar et al., 2009; Salgado et al., 1996).
- *Relación Laboral*: hace referencia a todos los procesos de interacción que se generan dentro del grupo de trabajo como, por ejemplo, la comunicación, la confianza, el tipo de relación con los compañeros, con el director del grupo, etc. (Delgado et al., 2006; Litwin y Stringer, 1999).
- *Trabajo Individual*: se refiere a todos aquellos aspectos relacionados con el ejercicio del trabajo de cada uno de los componentes del grupo, destacando los protocolos de actuación, delimitación de funciones y responsabilidades de cada uno de los miembros (Delgado et al., 2006; Likert, 1961, 1967).
- *Satisfacción Laboral*: incluye todos los aspectos psicosociológicos de la satisfacción, motivación e incentivación por parte de los profesionales como, por ejemplo, satisfacción con las tareas, con las oportunidades de promoción, con el salario, etc. (Brunet, 2004; Chiang, 2010; Juárez Adata, 2012; Locke, 1968; Muñoz-Seco et al., 2006).
- *Características Propias del Servicio*: hace referencia a características intrínsecas del servicio, así como sus principales problemáticas relacionadas con el ejercicio de la profesión (perfil del paciente, organización, tiempos de ejecución de tareas, coordinación con otros servicios, etc.).

Estas dimensiones se corresponden con los aspectos más representativos que se recogen en los diferentes cuestionarios, definiciones derivadas de la revisión realizada y, principalmente, de los resultados obtenidos en el proceso analítico del uso de abordaje multimétodo. En general hacen referencia a la Calidad del clima de trabajo.

Consideramos que estos elementos constituyentes pueden generar diferencias en la calidad del clima de trabajo, por lo que se deberían analizar los resultados del contexto de trabajo conjuntamente con las características de los trabajadores (género, competencias profesionales adquiridas, nivel de ingresos, etc.) para poder establecer relaciones de correspondencia que permitan valorar si la calidad del clima de trabajo facilita, influye o produce mejoras en la población de estudio; por tanto, en su validez criterial (Holgado et al., 2015).

En la Figura 22, se muestra una representación gráfica de los contenidos que conforma la delimitación estructural del concepto estudiado. En ella queremos expresar que el concepto Calidad de clima de trabajo se relaciona con otros conceptos directamente no observables como son D1: Productividad; D2: Relación Laboral; D3: Trabajo Individual; D4: Satisfacción Laboral; Y D5: Características Propias del Servicio. A su vez, estos conceptos están compuestos por una serie de dimensiones que recogen todos los aspectos más relevantes de cada uno de ellos.

Figura 22.
Delimitación Estructural del concepto “Calidad Clima Laboral”.



Otros aspectos a tener en cuenta en el diseño de un instrumento de medida es el sistema de indicadores que lo conforman, referidos a la delimitación formal del instrumento a utilizar, en relación al número y tipo de ítems y al número de alternativas (cuando proceda), así como al modo de cuantificar los datos, la redacción de las preguntas y los tipo de respuestas (cuando proceda).

La definición operacional hace referencia a los comportamientos que pueden considerarse como indicadores del constructo a medir; es decir, al aspecto semántico y operativo de cada constructo.

El modelo global que se propone ha de tener en cuenta ambos tipos de definiciones (operacional y estructural). Por ello, en el siguiente apartado se exponen los elementos claves a tener en cuenta para la definición operacional del constructo Calidad del clima laboral. Ello facilitará la implementación del cuestionario y su aplicación en la práctica.

8.1.3.2. Definición operacional del concepto.

En base a los resultados obtenidos, la nueva escala de medida resultante quedaría configurada por las siguientes dimensiones:

Dimensión Productividad: Se refiere a todos aquellos aspectos relacionados con los resultados laborales alcanzados por los trabajadores, que inciden de manera directa e indirecta sobre él como, por ejemplo, los recursos, el rendimiento y la productividad, la idoneidad del tipo de jornada laboral, el tipo de formación que reciben, su experiencia laboral, su motivación a la hora de ejecutar tareas, los incentivos que reciben, el grado de tareas que realizan en comparación con otros centros, o el número de pacientes a los que atiende en su jornada laboral. En concreto esta dimensión la conforman 8 elementos o subdimensiones y 16 ítems.

Tabla 42

Dimensión 1, subdimensiones e ítems de la nueva escala de calidad del clima laboral.

Dimensión 1	<i>Elementos o subdimensiones que la conforman:</i>
PRODUCTIVIDAD	Infraestructura (recursos del centro) Rendimiento y productividad Formación continuada Tiempo en el servicio Tipo de jornada laboral Motivación e incentivación Comparativa con otros hospitales Indicador paciente/ dedicación

Ítems propuestos:

1. *Nos sentimos orgullosos de nuestro trabajo.*
2. *Nuestro grupo de trabajo es conocido por la calidad de su trabajo.*
3. *Tenemos un propósito común.*
4. *Nos esforzamos por entender las necesidades de nuestros usuarios.*
5. *Nos sabemos adaptar a nuevas circunstancias.*
6. *Nos esforzamos por lograr buenos resultados.*
7. *Contamos con los recursos y la infraestructura necesarios para realizar nuestro trabajo.*
8. *Recibimos la formación necesaria para realizar nuestro trabajo.*
9. *Se conoce a nuestro equipo de trabajo por nuestra productividad y alto rendimiento.*
10. *Tenemos la experiencia necesaria para realizar bien nuestro trabajo.*
11. *Nuestra jornada laboral es adecuada para desarrollar nuestro trabajo.*
12. *Nos sentimos motivados realizando nuestro trabajo.*
13. *Se nos reconoce lo bien que realizamos nuestro trabajo.*
14. *La cantidad de trabajo que realizo es similar al de otros centros donde he trabajado.*
15. *Disponemos del tiempo necesario para atender a nuestro usuario.*
16. *Dispongo del tiempo necesario para realizar bien mi trabajo.*

Dimensión Relación Laboral: se refiere al conjunto de interacciones que se producen dentro del grupo de trabajo, así como a los procesos que se desarrollan dentro de él; en concreto, la comunicación y las relaciones profesionales y personales que se establecen entre los componentes del equipo de trabajo y con el administrador; el ambiente grupal de trabajo; y la motivación de inclusión en el grupo. Esta dimensión la conforman 7 elementos y 10 ítems.

Tabla 43

Dimensión 2, subdimensiones e ítems de la nueva escala de calidad del clima laboral.

Dimensión 2	<i>Elementos o subdimensiones que la conforman:</i>
<i>RELACIÓN LABORAL INTRAGRUPAL</i>	Comunicación Relaciones profesionales Componentes del equipo de trabajo Relaciones personales Relación con el administrador (jefe) Ambiente grupal de trabajo Motivación de inclusión en grupo
Ítems propuestos:	
17. Entendemos la importancia del trabajo de cada miembro del grupo. 18. Somos conscientes de las habilidades de cada uno. 19. Nos esforzamos por mejorar nuestras actuaciones. 20. Prestamos atención a cómo de bien trabajamos juntos. 21. Tenemos buena comunicación entre los miembros del equipo de trabajo. 22. Tenemos buena relación entre todos los miembros del equipo de trabajo. 23. Me siento a gusto trabajando con los demás componentes de mi equipo de trabajo. 24. Mantenemos buenas relaciones personales con los demás miembros de trabajo. 25. Tenemos buena relación con nuestro director de equipo de trabajo. 26. Trabajamos en un buen clima de grupo de trabajo. 27. Uno de los motivos de entrar al grupo de trabajo es que ya conocía a alguno de sus miembros.	

Dimensión Trabajo Individual: se refiere a todas aquellas actividades desarrolladas y ejecutadas por cada uno de los miembros del equipo de trabajo, así como los protocolos de actuación que guían la práctica profesional y las competencias y funciones asignadas a cada profesional. Esta dimensión está conformada por 3 subdimensiones y 8 ítems.

Tabla 44

Dimensión 3, subdimensiones e ítems de la nueva escala de calidad del clima laboral.

Dimensión 3	<i>Elementos o subdimensiones que la conforman:</i>
<i>TRABAJO INDIVIDUAL</i>	Protocolos de actuación Competencias profesionales Funciones
Ítems propuestos:	
28. Se nos reconoce nuestras aportaciones personales. 29. Tenemos los recursos necesarios para hacer nuestro trabajo bien. 30. Seguimos un plan para dirigir nuestras actividades. 31. Participamos en las decisiones de nuestro grupo de trabajo. 32. Nuestro grupo de trabajo es productivo. 33. Nuestro trabajo siempre es guiado por unos protocolos de actuación. 34. Conocemos las carencias profesionales que tenemos al desarrollar nuestro trabajo. 35. Conocemos las funciones que tienen cada uno de los miembros del equipo de trabajo.	

Dimensión Satisfacción Laboral: es el grado de conformidad de cada trabajador respecto a su entorno de trabajo, especialmente con la valoración del trabajo que se realiza, con la valoración que hacen ellos mismos y sus compañeros respecto a su profesión y especialidad, así como las expectativas laborales y profesionales de los trabajadores. Esta dimensión está conformada por 4 subdimensiones y 7 ítems.

Tabla 45:

Dimensión 4, subdimensiones e ítems de la nueva escala de calidad del clima laboral.

Dimensión 4	<i>Elementos o subdimensiones que la conforman:</i>
<i>SATISFACCIÓN LABORAL</i>	Valoración de la profesión Valoración del trabajo realizado Expectativas profesionales Especialidad profesional
Ítems propuestos:	
36. Sentimos que nuestro trabajo es importante. 37. Desarrollamos nuestras habilidades y conocimientos. 38. Tenemos claro qué se espera de nuestro trabajo. 39. Nuestros compañeros valoran nuestra profesión. 40. Se nos valora el trabajo que realizamos. 41. Nuestras expectativas cuando entramos al equipo de trabajo se han cumplido. 42. Siento que nuestra especialización es reconocida por los compañeros.	

Dimensión Características del Servicio: recoge aquellas particularidades específicas de donde los trabajadores desempeñan su trabajo como, por ejemplo, el perfil de los pacientes a los que atienden; la tipología de enfermedades a las que se enfrentan; el tipo de relación que mantienen con el paciente, con sus familiares y con los profesionales pertenecientes a otros servicios del hospital; las carencias y los conflictos que se generan dentro del servicio; y sus posibles propuestas de mejoras para mejorar el funcionamiento del servicio. Esta dimensión está conformada por 14 subdimensiones y 14 ítems.

Tabla 46:

Dimensión 5, subdimensiones e ítems de la nueva escala de calidad del clima laboral.

Dimensión 5	<i>Elementos o subdimensiones que la conforman:</i>
<p><i>CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO</i></p>	<p>Tipo de paciente Tipo de enfermedad Relación con el paciente Relación paciente - hospital Familiares Perfil del paciente Relación Paciente - hospital Emergencias <i>Carencias</i> <i>Conflicto</i> <i>Mejoras</i> <i>Características del servicio</i> <i>Funcionamiento del servicio</i> <i>Relación con otros servicios del hospital</i></p>

Ítems propuestos:

43. El tipo de paciente al que atendemos se ajusta a la especialización del servicio.
44. El tipo de problemática que presentan nuestros pacientes se ajustan a la especialidad de nuestro servicio.
45. Tenemos buena relación con nuestros pacientes.
46. Nuestros pacientes tienen buena relación con el hospital donde trabajamos.
47. Tenemos buena relación con los familiares de nuestros pacientes.
48. Conocemos muy bien las características que tienen nuestros pacientes.
49. Coordinamos nuestro trabajo con los demás servicios del hospital.
50. Siempre atendemos a pacientes que vienen en estado de emergencia.
51. Conocemos nuestras carencias a la hora de desempeñar nuestro trabajo.
52. Sabemos gestionar el conflicto que se genera entre nosotros.
53. Se nos permite hacer propuestas para mejorar nuestro trabajo.
54. Las características de nuestro servicio son las apropiadas para desempeñar nuestro trabajo.
55. Nuestro servicio funciona correctamente.
56. Tenemos buena relación con los demás servicios del centro.

Dimensión Global: Esta dimensión está conformada por 1 ítem que pretende resumir e incluir todas las dimensiones, subdimensiones e ítems propuestos en el instrumento de medida.

Tabla 47

Dimensión Global, subdimensiones e ítems de la nueva escala de calidad del clima laboral.

Dimensión Global	<i>Elementos o subdimensiones que la conforman:</i>
Pregunta Ómnibus	
Ítems propuestos:	
57. El clima laboral de mi grupo de trabajo es bueno.	

8.2. Análisis de la calidad métrica de la escala.

Un criterio de calidad relacionado con el grado en que un sistema de indicadores mide aquello que dice medir, hace referencia a la validez de dicho sistema de indicadores.

La validez de un sistema de indicadores supone establecer juicios razonables sobre el grado en que las evidencias aportadas permiten emprender acciones basadas en el modelo de medida desarrollado; en este caso, a través de los indicadores propuestos (Messick, 1989).

No cabe plantear si el sistema de indicadores es válido en sí mismo independientemente del objetivo de la investigación o del contexto, sino que su validez está en relación con los objetivos que pretende medir. En este sentido, no hay un procedimiento único que reporte datos sobre la validez de los sistemas de indicadores, sino que los datos para establecer juicios sobre su validez vienen dados por los resultados obtenidos al combinar distintas técnicas (triangulación), por evidencias empíricas basadas en experiencias anteriores y por la utilidad que muestren para el modelo de medida propuesto.

En general, el examen de la calidad individual de cada uno de los elementos o indicadores que componen un instrumento de medida implica la obtención de información descriptiva y estadística. La información descriptiva hace referencia a la calidad técnica de sus elementos y, en general, supone la obtención de evidencias de validez de los mismos; es decir, obtención de indicios sobre su relevancia, adecuación, claridad, etc. La información descriptiva hace referencia a la validez de los indicadores que componen el instrumento (sistema de indicadores).

De acuerdo con ello, es necesario dotar a los indicadores propuestos de distintas evidencias de validez, en concreto:

- **Validez de contenido** para garantizar que los indicadores seleccionados constituyan una muestra representativa de todos los posibles indicadores que se podrían haber usado.
- **Validez de constructo**: permite garantizar la existencia del constructo que conforma el conjunto de indicadores que pretenden medirlo y, por ende, dota de sentido a las puntuaciones que se obtienen en el instrumento a través de sus ítems o indicadores.
- **Validez de criterio**: conjunto de evidencias que permiten mostrar que las puntuaciones del sistema de indicadores están relacionadas adecuadamente con criterios externos de interés (Suen, 1990).

Esta sería la visión clásica tripartita predominante propuesta por los "Standards for educational and psychological tests and manuals" (APA, AERA, NCME, 1999); Messick amplía el concepto de medida:

- No limitándolo a las puntuaciones del test, sino incluyendo las puntuaciones obtenidas en **cualquier otro instrumento** de evaluación.
- Destacando la importancia de considerar la utilidad de las decisiones y consecuencias derivadas del procedimiento de medida, apareciendo el concepto de **validez consecucional**.
- Realizando un enfoque **integrador** del macroconcepto de validez en torno a la validez de constructo.

Por tanto, Messick propone la **validez unificada** que incluye "*...consideraciones de contenido, criterio y consecuencias en un marco de referencia de constructo para la evaluación empírica de hipótesis racionales acerca del significado de las puntuaciones y de relaciones relevantes desde el punto de vista teórico, incluyendo las de naturaleza científica y aplicada*" (Messick, 1984, p. 741).

En este sentido, entendemos la validez como un concepto unitario donde la validez de constructo es el aspecto central y donde convergen criterios científicos (representatividad, utilidad y viabilidad del dato) y valores sociales (consecuencias de la aplicación de la medida) (Barbero, Vila y Holgado, 2010).

En general, los distintos tipos de validez no son entidades distintas, sino que son el resultado de distintas aproximaciones al concepto de validez de los indicadores de calidad, del clima laboral en nuestro caso.

Todo ello posibilita obtener, como resultado, un modelo de medida a partir del cual programar acciones en el campo aplicado; en nuestro caso, el ámbito de la salud.

8.2.1. Estudio 1. Evidencias de validez de contenido.

Como señala Martínez-Arias (1995), la validez de contenido se puede conceptualizar como *“el grado en que el contenido de un test (sistema de indicadores en nuestro caso) constituye una muestra representativa de los elementos del constructo o concepto que pretende medir”* (p. 335).

Un determinado instrumento muestra evidencias de validez de contenido cuando el conjunto de indicadores que lo conforman puede ser considerado como una muestra representativa del universo posible de indicadores que pudiéramos haber utilizado para medir un determinado concepto.

Messick (1975), cit. en Pérez-Gil, Chacón y Moreno (2000) señala que los aspectos fundamentales en la validación de contenido son la relevancia de los indicadores y la representatividad respecto al universo posible.

- La relevancia se asegura cuando todos los indicadores forman parte del dominio previamente definido.
- La representatividad, cuando éstos constituyen una muestra representativa del universo posible de indicadores.

Crocker y Algina (1986) proponen, entre otros pasos a seguir para la elaboración de los contenidos de un instrumento de medida, someter a los indicadores seleccionados al juicio de expertos en el dominio, tanto en su aspecto de relevancia, como de representatividad.

Para valorar la relevancia de los indicadores, se solicitará a los expertos juicios de opinión respecto al grado de congruencia indicador-dimensión. El procedimiento más habitual es proporcionar a los expertos una lista de dimensiones y contenidos y, en fichas separadas, los indicadores elaborados para medir cada uno de los objetivos; partiendo de esta información, el experto valorará la relevancia de cada indicador (Martínez-Arias, 1995).

Para valorar la representatividad de los indicadores, se elabora una tabla de especificaciones para cada dimensión definida. La representatividad del instrumento vendrá dada por la concordancia entre los porcentajes de las casillas en ambas tablas. El grado de representatividad se puede cuantificar también por el porcentaje de emparejamientos idénticos entre los jueces.

8.2.1.1. Objetivo.

Realizar un estudio de validez de contenido del nuevo instrumento, utilizando una adaptación del procedimiento de Osterlind (1989); valorando el grado de consenso en opinión respecto a la adecuación entre cada indicador y el subdominio o dimensión de la escala Calidad del clima laboral donde se incluye.

8.2.1.2. Método.

8.2.1.1.2.1. Muestra.

Para la participación en el juicio de expertos, se ha utilizado un muestreo intencional, dado que se ha pedido la colaboración a expertos en medición en las Ciencias Sociales y de la Salud, así como a profesionales sanitarios que desarrollan su labor profesional en el Servicio de Urgencias.

Concretamente, se enviaron solicitudes de participación a 27 expertos, de las que se obtuvieron 14 respuestas. Según Prieto y Muñiz (2000), se ha consultado a un número moderado de expertos mediante un procedimiento sistematizado ($10 \leq N \leq 30$).

Se incluyeron todas aquellas respuestas que estaban cumplimentadas correctamente y se excluyó una respuesta al presentarse por duplicado.

De los que finalmente participaron en el proceso, fueron 58,3% hombres y 41,6% mujeres, con una media de edad de 48,83. Respecto a las profesiones, participaron 9 Profesores de Universidad, 4 médicos y un Técnico superior en Análisis Clínicos, con especialidades en Metodología, Diseños de investigación, Psicometría, Análisis de Datos, Urgencias y Medicina Intensiva, que llevan ejerciendo su profesión una media de 23,67 años.

8.2.1.1.2.2. Instrumentos.

Se diseñó una escala para medir 'Calidad del clima laboral: validez de contenido' disponible en:

<https://drive.google.com/open?id=1tl79G92MNnaTMLjY9tDEGbkWbzMgC3XUVSkpDP6sQ3w>

La escala está dividida en 6 bloques (véase Anexo VIII):

En el primero de ellos, se describen las instrucciones que los expertos han de seguir para valorar de 1 al 5 el grado de representatividad, utilidad y viabilidad de cada uno de los indicadores presentados con la dimensión a la que pertenezca (Holgado, Lara, Chacón y Pérez-Gil, 2000; Sanduvete, 2008; Sanduvete, Chacón, Sánchez y Pérez-Gil, 2013).

En el segundo de los bloques, se presenta una definición de las dimensiones a valorar: dimensión 1 Productividad; dimensión 2 Relación Laboral; dimensión 3 Trabajo Individual; dimensión 4 Satisfacción Laboral y, por último, dimensión 5 Características Propias del Servicio.

En el siguiente bloque, aparecen 5 ítems correspondientes a información de carácter socio demográfico (edad, género, profesión, especialidad y tiempo ejerciendo la profesión).

Los siguientes 3 bloques corresponden a Representatividad, Utilidad y Viabilidad del Dato, compuestos cada uno de ellos por 57 ítems (18 ítems de la escala de Perry et al. (2005), 38 ítems resultantes del análisis de contenido, y un ítem ómnibus o resumen global) graduales tipo Likert. Las variables de estudio fueron las siguientes:

- **Representatividad**, que hacía referencia al grado en que cada ítem representaba el dominio al que había sido asignado.

- **Utilidad**, referido a la medida en que cada ítem específico era útil para evaluar la calidad del clima con respecto al dominio donde fue asignado.

- **Viabilidad del dato**, referido a si las circunstancias posibilitaban la existencia del dato y su recogida.

Para la recogida y el análisis de la información, se utilizó la aplicación Google Work (Drive, Formularios y Hojas de Cálculo).

8.2.1.1.2.3. Procedimiento.

Una vez diseñado el instrumento, se manda una carta a los expertos (véase Anexo IX), donde se les invita a participar en la investigación, se les facilita el enlace web para poder rellenar el cuestionario y se les solicita el consentimiento informado de participar en la investigación (Anexo X).

Para el análisis de los ítems se usa el juicio de expertos, que es un procedimiento que permite obtener evidencias de validez de contenido para cada uno de los indicadores y, por tanto, del propio instrumento de medida globalmente. Para contrastar la calidad técnica de los indicadores, Osterlind (1989), recomienda dos procedimientos.

- a) Juicios del grado de adecuación entre cada indicador y el subdominio o dimensión que pretende medir.
- b) Emparejamiento de indicador y objetivo/s o dimensión/es, a juicio de los expertos.

Osterlind (1989) propuso un índice que aportaba una valoración objetiva y cuantitativa para cada indicador del instrumento: el **Índice de Osterlind** permite definir el concepto de modo claro y preciso, y pedir una valoración a expertos en el campo de aplicación que miden los indicadores. Su expresión formal es la siguiente:

$$I_{ik} = \frac{(N-1) \sum_{k=1}^n X_{ijk} + N \sum_{k=1}^n X_{ijk} - \sum_{k=1}^n X_{ijk}}{2(N-1)n}$$

Donde,

N.- Hace referencia al número de dimensiones que se han diseñado en el instrumento (en nuestro caso, cinco dimensiones: Productividad, Relación Laboral, Trabajo Individual, Satisfacción Laboral y Características del Servicio).

n.- Se refiere al número de jueces que han intervenido en la valoración del indicador que se trate (en nuestro caso, 13).

X_{ijk}.- Es la puntuación dada al ítem i de la dimensión j por el experto k.

En resumen, el juicio de expertos permite contrastar la validez de los indicadores; consiste en preguntar a personas expertas, en el dominio que mide el instrumento, sobre el grado de adecuación de cada indicador a un

criterio determinado (dimensión) y previamente establecido en los pasos anteriormente reseñados en la construcción del mismo.

A la hora de la toma de decisiones respecto a los ítems a incluir y excluir en base a los resultados, se seleccionarán aquellos ítems cuya valoración por parte de los expertos sea de $I > 0,5$ en las tres dimensiones estudiadas.

8.2.1.1.2.3. Resultados.

En resumen, el juicio de expertos permite contrastar la validez de los indicadores; consiste en preguntar a personas expertas en el dominio que mide el instrumento, sobre el grado de representatividad, utilidad y viabilidad de cada indicador a un criterio determinado (dimensión) y previamente establecido en los pasos anteriormente reseñados en la construcción del mismo.

Como se puede observar en la Tabla 48 sobre los resultados obtenidos en los análisis descriptivos realizados sobre el instrumento, se puede decir que:

Respecto a la dimensión **Representatividad**:

- La *M* de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems muestran que en el 82,4% de los ítems se obtiene una media por encima de 4, a excepción de los ítems 14 (3,33), 27 (3,67), 29 (3,83), 32 (3,62), 33 (3,64), 45 (3,92), 46(3,92), 47(3,27), 50 (3,70) y 52 (3,67), cuyos valores se encuentran por debajo de 4.
- La *DT* de las puntuaciones obtenidas muestran valores entorno a 0,76, siendo el ítem 50 el que mayor dispersión ha presentado respecto a la media (1,55) y el ítem 6 el que menor dispersión ha presentado (0,28).
- En cuanto a la *Mo*, el valor que se ha repetido con mayor frecuencia es el 5 (57,9% de los ítems) seguido del valor 4 (42,1% de los ítems).
- El Índice de Osterlind de todos los ítems presentan valores superiores a 0,5 a excepción de los ítems 14 (0,17), 27 (0,33), 29 (0,42), 32 (0,33), 33 (0,32), 45 (0,46) 46 (0,46) ,47(0,17) y50 (0,35) que serán excluidos del instrumento al no cumplir el criterio previamente establecido.

Respecto a la dimensión **Utilidad**:

- La *M* de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems muestran que el 80,70% de los ítems son valorados con valores superiores a 4 a excepción del ítem 14 (3,36), el 27 (3,20), el 29 (3,91), el 32 (3,64), el 33 (3,30), el 45 (3,64), el 46 (3,60), el 47 (3,18), el 50 (3,90), el 52 (3,80) y el 53 (3,50) cuyos valores se encuentran por debajo de 4.
- La *DT* de las puntuaciones obtenidas muestran valores en torno a 0,80, siendo la puntuación más alta la obtenida en el en el ítem 53 (1,43) y la más baja, la del ítem 55 (0,40).
- La *Mo* de la puntuación obtenida en cada uno de los ítems muestra que la frecuencia que más se ha repetido es 5 (64,9%), seguida del valor 4 (33%); destaca el ítem 27 cuya moda es la más baja (3).
- Todos los Índices de Osterlind presentan valores superiores a 0,5 a excepción de los ítems a excepción de los ítems 27 (0,10), 29 (0,45),

32 (0,32), 33 (0,15), 45 (0,32), 46 (0,30) 47(0,09), 50 (0,45), 52 (0,40) y 53 (0,25) que serán excluidos del instrumento al no cumplir criterios previamente establecidos.

Respecto a la dimensión **Viabilidad** del dato:

- La *M* de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems es superior al valor 4, a excepción de los ítems 14 (3,50) 15 (3,63), 16 (3,90), 19 (3,70) 20 (3,70), 25 (3,80), 27 (3,80), 45 (3,80), 46 (3,67), 47 (3,67) y 50 (3,88) cuya media está por debajo de 4.
- La *DT* de las puntuaciones obtenidas muestran valores en torno a 0,88. Siendo la más alta la obtenida en el ítem 27 (1,33) y la más baja y la más baja la 2 (0,50).
- Respecto a la *Mo*, las puntuaciones que se han repetido con mayor frecuencia son el 4 (45,6%) y el 5 (45,6%) seguido del valor 3 (9,8%) correspondiente a la moda de 5 ítems.
- Todos los ítems presentan índices de Osterlind superiores a 0,5 a excepción de los ítems a excepción de los ítems 14 (0,25), 15 (0,31), 16 (0,45), 19 (0,35) 20 (0,35), 25 (0,40) 27(0,40), 46 (0,33), 47 (0,33), 50 (0,44) y 53 (0,43).

De acuerdo con los criterios previamente establecidos de excluir a aquellos ítems cuya valoración resultante del índice de Osterlind fuera inferior a 0,5; se han excluido del instrumento 16 ítems en el que al menos en una de las dimensiones a valorar (9 ítems Representatividad, 10 ítems Utilidad y 11 ítems Viabilidad) la puntuación obtenida por los expertos haya sido inferior a 0,5.

Tabla 48
Resultados del análisis de contenido.

Ítem	<i>M R</i>	<i>S_x R</i>	<i>Mo R</i>	<i>M U</i>	<i>S_x U</i>	<i>Mo U</i>	$\bar{x}V$	<i>S_x V</i>	<i>Mo V</i>	<i>I_{ij} R</i>	<i>I_{ij} U</i>	<i>I_{ij} V</i>
1. Nos sentimos orgullosos de nuestro trabajo.	4,00	1,08	4	4,18	0,83	4	4,09	1,00	5	,50	,59	,55
2. Nuestro grupo de trabajo es conocido por la calidad de su trabajo.	4,17	0,80	4	4,50	0,65	5	4,55	0,50	5	,58	,75	,77
3. Tenemos un propósito común.	4,17	0,69	4	4,33	0,75	5	4,09	0,67	4	,58	,67	,55
4. Nos esforzamos por entender las necesidades de nuestros usuarios.	4,58	0,49	5	4,18	0,72	4	4,27	0,62	4	,79	,59	,64
5. Nos sabemos adaptar a nuevas circunstancias.	4,25	0,83	5	4,08	0,76	5	4,09	0,67	4	,63	,54	,55
6. Nos esforzamos por lograr buenos resultados.	4,92	0,28	5	4,75	0,43	5	4,45	0,78	5	,96	,88	,73
7. Contamos con los recursos y la infraestructura necesaria para realizar nuestro trabajo.	4,42	0,86	5	4,25	0,83	5	4,36	0,98	5	,71	,63	,68
8. Recibimos la formación necesaria para realizar nuestro trabajo.	4,33	0,94	5	4,75	0,43	5	4,20	0,98	5	,67	,88	,60
9 Se conoce a nuestro equipo de trabajo por nuestra productividad y alto rendimiento.	4,58	0,86	5	4,58	0,64	5	4,40	0,80	5	,79	,79	,70
10. Tenemos la experiencia necesaria para realizar bien nuestro trabajo.	4,58	0,49	4	4,55	0,66	5	4,30	0,78	5	,79	,77	,65
11. Nuestra jornada laboral es adecuada para desarrollar nuestro trabajo.	4,36	0,88	5	4,25	1,01	5	4,00	1,18	5	,68	,63	,50
12 Nos sentimos motivados realizando nuestro trabajo.	4,58	0,49	5	4,58	0,86	5	4,00	0,89	4	,79	,79	,50
13. Se nos reconoce lo bien que realizamos nuestro trabajo.	4,42	0,64	4	4,45	0,66	5	4,00	1,15	4	,71	,73	,50
14. la cantidad de trabajo que realizo es similar al de otros centros donde he trabajado.	3,33	1,18	4	3,36	1,30	4	3,50	1,12	3	,17*	,18*	,25*
15. Disponemos del tiempo necesario para atender a nuestro usuario.	4,17	1,14	5	4,09	1,16	5	3,63	1,11	4	,58	,55	,31*
16. Dispongo del tiempo necesario para hacer bien mi trabajo.	4,08	1,11	5	4,27	1,14	5	3,90	1,14	4	,54	,64	,45*

Ítem	<i>M R</i>	<i>S_x R</i>	<i>Mo R</i>	<i>M U</i>	<i>S_x U</i>	<i>Mo U</i>	$\bar{x}V$	<i>S_x V</i>	<i>Mo V</i>	<i>I_{ij} R</i>	<i>I_{ij} U</i>	<i>I_{ij} V</i>
17. Entendemos la importancia del trabajo de cada miembro del grupo.	4,17	0,69	4	4,64	0,48	5	4,30	0,64	4	,58	,82	,65
18. Somos conscientes de las habilidades de cada uno.	4,17	0,90	4	4,45	0,50	4	4,00	0,89	4	,58	,73	,50
19. Nos esforzamos por mejorar nuestras actuaciones.	4,25	0,92	5	4,09	0,90	4	3,70	0,78	3	,63	,55	,35*
20. Prestamos atención a cómo de bien trabajamos juntos.	4,36	0,77	5	4,30	0,78	5	3,70	0,90	4	,68	,65	,35*
21. Tenemos buena comunicación entre los miembros del equipo de trabajo.	4,58	0,64	5	4,64	0,64	5	4,30	0,64	4	,79	,82	,65
22. Tenemos buena relación entre todos los miembros del equipo de trabajo.	4,67	0,62	5	4,73	0,62	5	4,22	0,63	5	,83	,86	,61
23. Me siento a gusto trabajando con los demás componentes de mi equipo de trabajo.	4,64	0,64	5	4,60	0,49	4	4,10	0,83	4	,82	,80	,55
24. Mantenemos buenas relaciones personales con los demás miembros de trabajo.	4,33	0,62	4	4,27	0,75	4	4,00	0,77	4	,67	,64	,50
25. Tenemos buena relación con nuestro director de equipo de trabajo.	4,42	0,64	4	4,55	0,66	5	3,80	1,25	5	,71	,77	,40*
26. Trabajamos en un buen clima de grupo de trabajo.	4,33	0,62	5	4,55	0,66	5	4,22	0,63	4	,67	,77	,61
27. Uno de los motivos de entrar al grupo de trabajo es que ya conocía a alguno de sus miembros.	3,67	1,03	4	3,20	1,25	3	3,80	1,33	5	,33*	,10*	,40*
28. Se nos reconoce nuestras aportaciones personales.	4,42	0,64	5	4,64	0,48	5	4,10	0,94	4	,71	,82	,55
29. Tenemos los recursos necesarios para hacer nuestro trabajo bien.	3,83	0,99	4	3,91	1,08	5	4,40	0,80	5	,42*	,45*	,70
30. Seguimos un plan para dirigir nuestras actividades.	4,00	0,91	4	4,09	0,90	4	4,20	0,75	4	,50	,55	,60
31. Participamos en las decisiones de nuestro grupo de trabajo.	4,33	0,62	4	4,40	1,02	5	4,20	0,98	4	,67	,70	,60
32. Nuestro grupo de trabajo es productivo.	3,67	1,37	4	3,64	1,37	5	4,00	1,00	4	,33*	,32*	,50
33. Nuestro trabajo siempre es guiado por unos protocolos de actuación.	3,64	1,07	4	3,30	1,27	4	4,20	1,08	5	,32*	,15*	,60
34. Conocemos las carencias profesionales que tenemos al desarrollar nuestro trabajo.	4,08	0,64	4	4,27	0,62	4	4,00	0,77	4	,54	,64	,50

Ítem	<i>M R</i>	<i>S_x R</i>	<i>Mo R</i>	<i>M U</i>	<i>S_x U</i>	<i>Mo U</i>	$\bar{x}V$	<i>S_x V</i>	<i>M_o V</i>	<i>I_{ij} R</i>	<i>I_{ij} U</i>	<i>I_{ij} V</i>
35. Conocemos las funciones que tienen cada uno de los miembros del equipo de trabajo.	4,50	0,65	5	4,50	0,67	5	4,44	0,68	5	,75	,75	,72
36. Sentimos que nuestro trabajo es importante.	4,83	0,37	5	4,73	0,45	5	4,40	0,66	4	,92	,86	,70
37. Desarrollamos nuestras habilidades y conocimientos.	4,67	0,62	5	4,64	0,48	5	4,20	0,98	5	,83	,82	,60
38. Tenemos claro qué se espera de nuestro trabajo.	4,58	0,64	5	4,45	0,66	5	4,30	1,00	5	,79	,73	,65
39. Nuestros compañeros valoran nuestra profesión.	4,55	0,66	5	4,45	0,66	5	4,20	0,75	4	,77	,73	,60
40. Se nos valora el trabajo que realizamos.	4,67	0,47	5	4,73	0,45	5	4,20	0,98	4	,83	,86	,60
41. Nuestras expectativas cuando entramos al equipo de trabajo se han cumplido.	4,67	0,47	5	4,60	0,49	4	4,20	0,87	5	,83	,80	,60
42. Siento que nuestra especialización es reconocida por los compañeros.	4,50	0,50	5	4,36	0,88	4	4,10	0,83	5	,75	,68	,55
43. El tipo de paciente al que atendemos se ajusta a la especialización del servicio.	4,50	0,65	5	4,20	0,87	4	4,22	0,79	5	,75	,60	,61
44. El tipo de problemática que presentan nuestros pacientes se ajustan a la especialidad de nuestro servicio.	4,58	0,49	5	4,45	0,50	4	4,40	0,66	5	,79	,73	,70
45. Tenemos buena relación con nuestros pacientes.	3,92	0,95	4	3,64	1,15	4	3,80	1,08	5	,46*	,32*	,40
46. Nuestros pacientes tienen buena relación con el hospital donde trabajamos.	3,92	0,95	4	3,60	1,20	4	3,67	1,05	3	,46*	,30*	,33*
47. Tenemos buena relación con los familiares de nuestros pacientes.	3,27	1,35	5	3,18	1,34	4	3,67	1,05	3	,14*	,09*	,33*
48. Conocemos muy bien las características que tienen nuestros pacientes.	4,18	0,57	4	4,40	0,66	5	4,00	0,82	4	,59	,70	,50
49. Coordinamos nuestro trabajo con los demás servicios del hospital.	4,30	0,46	4	4,00	1,05	5	4,56	0,68	5	,65	,50	,78
50. Siempre atendemos pacientes que vienen en estado de emergencia.	3,70	1,55	5	3,90	1,30	5	3,88	1,36	5	,35*	,45*	,44*
51. Conocemos nuestras carencias a la hora de desempeñar nuestro trabajo.	4,50	0,65	5	4,20	0,75	5	4,00	0,67	4	,75	,60	,50
52. Sabemos gestionar el conflicto que se genera entre nosotros.	3,67	1,03	5	3,80	1,33	5	4,00	0,67	4	,33*	,40*	,50

Ítem	<i>M</i> R	<i>S_x</i> R	<i>Mo</i> R	<i>M</i> U	<i>S_x</i> U	<i>Mo</i> U	\bar{x} V	<i>S_x</i> V	<i>Mo</i> V	<i>I_{ij}</i> R	<i>I_{ij}</i> U	<i>I_{ij}</i> V
53. Se nos permite hacer propuestas para mejorar nuestro trabajo.	4,09	1,00	5	3,50	1,43	5	3,89	1,10	5	,55	,25*	,44*
54. Las características de nuestro servicio son las apropiadas para desempeñar nuestro trabajo.	4,25	1,09	4	4,40	0,49	4	4,22	1,03	5	,63	,70	,61
55. Nuestro servicio funciona correctamente.	4,42	0,49	4	4,80	0,40	5	4,11	1,10	5	,71	,90	,56
56. Tenemos buena relación con los demás servicios del centro.	4,50	0,67	5	4,20	0,75	4	4,00	0,82	3	,75	,60	,50
57. El clima laboral de mi grupo de trabajo es bueno.	4,42	0,49	4	4,60	0,66	5	4,13	0,78	4	,71	,80	,56

Nota. *M* = media; R =representatividad; U = utilidad; V =viabilidad. *S_x*=desviación típica; *Mo* = moda; *I_{ik}*= índice de Osterlind.

8.2.2. Estudio 2. Evidencias validez de constructo.

8.2.2.1. Objetivo.

El objetivo de este apartado es aportar evidencias de validez de constructo, entendida como la medida en que la escala construida refleja la teoría psicológica, y permite interpretar las puntuaciones dándoles un significado teórico (American Psychological Association, American Educational Research Association y National Council on Measurement in Education, 1999).

Las puntuaciones del test no son el constructo en sí, ya que el constructo puede manifestarse a través de múltiples indicadores. Por ello, mediante la validación de constructo se acumulan evidencias que apoyan que las puntuaciones de la escala son una de sus posibles manifestaciones.

8.2.2.2. Método.

8.2.2.2.1. Muestra.

Para esta fase del estudio han participado 201 profesionales pertenecientes al personal sanitario del área de Urgencias del campo de Gibraltar. Se ha realizado un muestreo incidental con participación voluntaria de los profesionales. Concretamente el 33,3% han sido médicos, el 40,3% Enfermeros, el 22,4% Auxiliares de Enfermería y un 4% celadores. De los cuales el 38,3% han sido hombres y el 61,7% mujeres con una edad media de 41,60 años.

En cuanto al tipo de relación laboral que les vincula con la institución, el 30,9% de los participantes han tenido un contrato indefinido, el 43,3% un contrato eventual, el 14,9% un contrato por obra y servicio, y el 1% otro tipo de contrato (de Médico Interno en Formación). Su media de tiempo ejerciendo la profesión ha sido de 15,12 años, de los cuales 8,52 años corresponde al tiempo que llevan trabajando en el actual centro de trabajo.

8.2.2.2.2. Instrumentos.

Para la el diseño del instrumento y la recogida de la información se ha utilizado la aplicación *google for work: (Drive, Formularios, Hojas de cálculo)*. Para el análisis estadístico de los datos se ha utilizado el software SPSS versión 23. Para la evaluación empírica del modelo teórico mediante ecuaciones estructurales se ha utilizado el software LISREL versión 8.8.

El Instrumento de medida 'calidad del grupo de trabajo' ha estado disponible en el siguiente enlace: https://docs.google.com/forms/d/1xp_YfnXtytoKEPXhQdC4BDKXYyVqL_oUHCrgtR_Sge4/viewform, y está compuesto por tres bloques (véase anexo XI):

- Un primer bloque donde se detallan las instrucciones para rellenar el cuestionario, se informa del objetivo de la investigación y del uso de la información registrada.

- Un segundo bloque con preguntas de carácter sociodemográfico que está compuesto por 9 ítems: edad, género, profesión, especialidad, centro de trabajo, tiempo ejerciendo su profesión, servicio en el que desarrolla su trabajo, tiempo que lleva trabajando en el servicio y, tipo de relación que mantiene con la organización sanitaria.
- Y un último bloque compuesto por 41 ítems tipo Likert gradual en 5 puntos; concretamente, 40 de ellos referidos a la calidad del clima de trabajo y un ítem ómnibus que trata de resumir toda la información relativa a la escala.

Para registrar la información, se llevó un portátil con conexión a internet para que los profesionales pudieran contestar de manera inmediata al cuestionario.

8.2.2.2.3. Procedimiento.

Tras el diseño el nuevo instrumento de medida, se contactó con la Dirección Médica de del área de urgencias del Campo de Gibraltar, explicándoles el motivo de la investigación y las características del estudio.

Una vez obtenida la autorización correspondiente, se administró el cuestionario mediante dos procedimientos: a) mediante un ordenador portátil con conexión a internet, y b) debido a las dificultades encontradas propias del contexto de trabajo (poco tiempo para la cumplimentación, flujo constante de pacientes que atender y alta carga de trabajo en general) se solicitaron correos electrónicos de los profesionales y se enviaron correos electrónicos para invitarles a participar.

Una vez registrada la información, y tomando como referencia el modelo teórico previamente definido (definición estructural y operacional), se propuso una estructura factorial de primer orden de 5 factores y se evaluó el modelo empíricamente a través de un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). El criterio general para considerar válido el cuestionario, fue que los 40 ítems evalúen cada una de las dimensiones de la “calidad de clima laboral”

Se estimó la matriz de correlaciones policóricas, se comprobó el supuesto de normalidad bivariada de acuerdo con el procedimiento propuesto por Jöreskog (2003), y se tuvo en cuenta el porcentaje de ítems cuyo error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) fuera superior a 0,1 para cada par de correlaciones (Cano, et al., 2015; Holgado et al., 2015).

Posteriormente, se realizó un AFC mediante el método de estimación de mínimos cuadrados no ponderados, dado a que todas las variables eran ordinales y su distribución era asimétrica (Holgado et al., 2015; Jöreskog, 2003; Morata, Holgado, Barbero y Méndez, 2015). El ítem 41 de la escala se excluyó de este análisis ya que se utilizó como variable criterio.

8.2.2.3. Resultados.

De los 250 cuestionarios y correos electrónicos enviados, se obtuvo una tasa de respuesta del 80,4%; en concreto, el 79,2% se registraron in situ, y el 0,8% los contestaron mediante soporte web fuera del contexto de trabajo.

En cuanto al análisis de los datos, se asume normalidad en la distribución bivariada de los ítems, ya que sólo 6 (0,7%) de las 780 correlaciones tenían el RMSEA superior a 0,1, (véanse anexo XII y XIII) nivel de significación del 5% (Jöreskog, 2003).

En base a el marco teórico previo, la distribución de ítems por factor se determinó de la siguiente manera: Factor 1 Productividad (compuesto por los ítems 1 al 13), Factor 2 Relación Laboral (compuesto por los ítems 14 al 20), Factor 3 Trabajo individual (compuesto por los ítems 21 al 25), Factor 4 Satisfacción laboral (compuesto por los ítems 26^a l 32), y Factor 5 Características del servicio (compuesto por los ítems 33 al 40).

Asumiendo esta estructura interna, se realizó un AFC utilizando mínimos cuadrados no-ponderados. Los índices globales de la bondad de ajuste obtenidos fueron: $X^2(g.l= 770; p= 0,0001)= 5748.01$; RMSEA=0,152, con un intervalo al 90% Comprendido entre 12,07 y 13,42; GFI= 0,91 AGFI= 0,90.

Con estos resultados no fue posible aceptar la hipótesis nula según la cual la estructura interna de la muestra fuera igual a la propuesta inicialmente procedente del proceso multimétodo de cinco factores.

Pese a ello, la escala presentó un alto coeficiente de fiabilidad $\alpha = 0,96$ y un coeficiente de validez de criterio aceptable de 0,683 al tratarse de una escala unidimensional con un predictor único (Ponce Rosas, Gómez Clavelina, Terán Trillo, Irigoyen Coria y Landgrave Ibáñez, 2002).

Como se observa en la tabla 49, los altos coeficientes de correlación podrían indicarnos que se trata de un constructo unidimensional (existe una correlación significativa en matriz de correlaciones múltiples $p < 0,05$ en el 93,3% de los casos). En cambio, los valores t del modelo utilizado para contrastar la hipótesis de que el parámetro es distinto de 0 en la población, presentaron valores absolutos inferiores a 1,96 en el factor 4 (presentaron valores de 1,19 para todos sus ítems).

Tabla 49:
Matriz Estructura del AFC. Solución estandarizada

Ítems	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5
1	0,63				
2	0,66				
3	0,77				
4	0,59				
5	0,44				
6	0,63				
7	0,75				
8	0,74				
9	0,65				
10	0,35				
11	0,64				
12	0,72				
13	0,74				
14		0,72			
15		0,58			
16		0,84			
17		0,79			
18		0,84			
19		0,82			
20		0,88			
21			0,84		
22			0,76		
23			0,86		
24			0,57		
25			0,59		
26				0,68	
27				0,65	
28				0,60	
29				0,73	
30				0,78	
31				0,89	
32				0,80	
33					0,76
34					0,67
35					0,60
36					0,83
37					0,46
38					0,78
39					0,78
40					0,83
F 2	0,78				
F 3	0,81	0,79			
F 4	0,87	0,73	0,87		
F 5	0,85	0,73	0,84	0,88	

8.2.2.4. Ajuste del modelo.

Teniendo en cuenta la alta correlación entre los factores, los índices de modificación del modelo y la convergencia de los 4 factores derivados del proceso de triangulación de los capítulos 6 y 7 (Productividad, Satisfacción, Trabajo individual, y Relaciones; el factor 5 'características propias del servicio', se obtuvo únicamente en la parte cualitativa y podría ser un factor que aporta nueva información a cada uno de los demás factores), se planteó realizar un nuevo AFC.

8.2.2.4.1. Objetivo.

En base a los resultados obtenidos en el primer análisis realizado, se trató de obtener un modelo que solvente las carencias encontradas en el primer análisis.

8.2.2.4.2. Método.

Se realizó un nuevo análisis de los datos tomando como modelo referencial el derivado del proceso de triangulación de 4 factores. Al igual que en el primer análisis, se realizó un AFC utilizando el método de estimación de mínimos cuadrados no ponderados.

8.2.2.4.3. Resultados.

Asumiendo que la estructura interna de nuestros datos era igual que la obtenida en el proceso de triangulación, se obtiene una estructura factorial de primer orden de 4 factores que básicamente, se corresponde con el modelo sustantivo de cuatro factores en lo esencial (véase tabla 50).

Dicho modelo ha obtenido los siguientes modelos globales de bondad de ajuste: $\chi^2(g.l= 773; p= 0,0001)= 4044.95$; $RMSEA=0,074$, con un intervalo al 90% Comprendido entre 0,074 y 0,083; $GFI= 0,97$ $AGFI= 0,97$.

Con estos resultados es posible aceptar la hipótesis nula según la cual la estructura interna de la muestra fuera igual a la propuesta inicialmente, derivada tanto del proceso de revisión de la literatura, como de la correspondencia existente entre los principales componentes de la calidad del clima laboral.

Tabla 50:
Matriz Estructura del AFC. Solución estandarizada 4 factores.

Ítems	F 1	F 2	F 3	F 4
1	0,52			
4	0,59			
5	0,74			
6	0,51			
10	0,84			
11	0,54			
14	0,47			
26	0,47			
27	0,53			
40	0,23			
2		0,58		
3		0,43		
7		0,44		
8		0,45		
9		0,59		
12		0,49		
13		0,45		
21		0,35		
22		0,48		
23		0,33		
29		0,50		
30		0,41		
31		0,24		
32		0,38		
33		0,47		
36		0,37		
38		0,42		
39		0,43		
34		0,59		
16			0,29	
17			0,36	
18			0,28	
19			0,31	
20			0,22	
24				0,59
25				0,54
28				0,53
35				0,53
37				0,70

El contenido sustantivo de los factores responde a 4 factores: a) Trabajo individual; b) Satisfacción laboral; c) Relación laboral y; c) Productividad.

El factor 1 *Trabajo individual*, estaría compuesto por ítems referidos: al sentimiento de la realización del trabajo realizado por cada miembro del grupo, al esfuerzo para poder entender las necesidades que se les presenta, a la adaptación a las nuevas circunstancias que emergen del contexto laboral, al esfuerzo realizado para conseguir buenos resultados, a la experiencia profesional previa para realizar el trabajo, a la importancia del trabajo de cada miembro del equipo, al sentimiento de lo importante que es el trabajo que realizan, a la posibilidad de desarrollar sus habilidades y conocimientos y, por último a la relación laboral con los demás servicios del centro.

El factor 2 *Satisfacción laboral*, incluye elementos relacionados con: el reconocimiento de la calidad del trabajo que realizan, la existencia de un propósito común y de un plan que guíen sus actuaciones, contar con los recursos y la infraestructura necesaria para poder trabajar, recibir la formación adecuada para realizar el trabajo, la productividad y alto rendimiento conseguido, la motivación al desarrollar el trabajo, el reconocimiento y valoración del trabajo realizado, las aportaciones personales realizadas, la posibilidad de poder participar en las decisiones del grupo de trabajo, la valoración de los compañeros de la profesión que desempeñan y de su especialidad, las expectativas cumplidas al entrar a trabajar en el centro, la adecuación existente entre especialización del servicio y perfil del paciente, la coordinación con los demás servicios del hospital, la adecuación de las características del servicio para desempeñar el trabajo y, al buen funcionamiento del servicio.

El Factor 3 *Relación laboral*, incluiría elementos relacionados con: la comunicación entre los miembros del equipo de trabajo, la calidad de las interrelaciones entre los compañeros y el sentimiento positivo de trabajar con ellos, las relaciones personales existentes dentro del equipo de trabajo y, a un buen clima dentro del grupo de trabajo.

El Factor 4 *Productividad*, en el cual aparecen ítems relacionados con: la identificación de las habilidades y carencias para desarrollar el trabajo, la especificación de las funciones a desempeñar, lo que se espera de su trabajo, y por último, al conocimiento de las características que tienen los pacientes a los que trabajan.

Si bien es cierto que han habido cambios entre los elementos previamente establecidos; la dimensión *características propias del servicio* ha introducido información específica en cada uno de los factores existentes, lo que ha alterado la adscripción de cada ítem respecto a su factor.

Una posible explicación de estos cambios, podría deberse a la alta correlación existente entre todos los ítems de la escala y de sus factores; en este sentido podría tratarse de una escala de una sola dimensión relativa a la calidad del clima laboral.

Desde una perspectiva teórico-sustantiva, existe correspondencia entre los elementos de la escala y los de la literatura especializada (Litwin y Stringer, 1999; Moos e Insel, 1974; Payne y Mansfield, 1978) que centran su atención en la percepción de los trabajadores sobre la estructura y los procesos existentes dentro de su entorno laboral.

8.3. Principales conclusiones y síntesis del capítulo.

Desde una perspectiva inductiva-deductiva, se inició el proceso de estudio de la calidad del clima laboral desde una perspectiva multimétodo; diseñando para ello un nuevo instrumento que dio lugar a una definición tanto estructural como operacional del constructo a medir.

En base a esta definición, se realizó un estudio para obtener evidencias de validez y fiabilidad; en concreto, validez de contenido, de constructo y de criterio, como elementos clave para cualquier proceso de medición de lo psicológico y social facilitando la coherencia teórica, la correspondencia entre lo teórico y lo empírico y utilidad para los contextos de intervención.

En nuestro caso, se han aportado algunas evidencias de validez y fiabilidad de la escala, concretamente:

- En lo relativo a la validez de contenido, se ha realizado el estudio que ha servido para depurar el instrumento inicialmente planteado ajustado a criterios de representatividad, utilidad y viabilidad del dato, permitiendo eliminar 16 ítems del cuestionario inicialmente propuesto.
- En lo relativo a la validez de constructo, se han alcanzado los resultados esperados (ajuste del modelo teórico con el empírico), además de presentar un buen coeficiente de fiabilidad ($\alpha = 0,96$), y un coeficiente de validez de criterio de 0,68.
- Pese a que la solución final ha sufrido algunas modificaciones en el orden los ítems respecto a su factor, no han modificado sustantivamente los elementos fundamentales.

Teniendo en cuenta que cualquier proceso de obtención de evidencias está afectado por las características de los contextos de intervención; En este caso concreto, se elaboró el instrumento, en base a la revisión de la literatura y a los resultados obtenidos en el proceso de triangulación, con la finalidad de medir la calidad del clima laboral en un contexto con una idiosincrasia tan específica como es el servicio de urgencias del hospital.

Para poder hacerlo, se contó con las aportaciones de la dirección médica del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Campo de Gibraltar, con el propósito e interés, de que este estudio tenga consecuencias prácticas en la mejora de su desarrollo profesional.

9. Principales conclusiones de la tesis doctoral y propuestas de desarrollos futuros.

A rasgos muy generales, el proceso desarrollado en la presente tesis doctoral se inicia a partir un concepto totalmente disperso de la calidad institucional con heterogeneidad de dimensiones, hasta llegar a una sola dimensión de la calidad del clima de trabajo.

Como se advirtió al comienzo, la finalidad de este trabajo consiste esencialmente en acercarse a los procesos que se desarrollan dentro de las organizaciones sanitarias, prestando especial interés en aquellos aspectos encaminados a la potenciación de la calidad.

Para abordar esta temática, se plantean múltiples estrategias (teóricas, metodológicas y empíricas). La primera de ellas consiste en concretar y determinar todo el **marco teórico** desarrollada en los capítulos 1, 2 y 3:

En el **capítulo 1**, se revisa la literatura existente acerca de la calidad en las organizaciones para tratar de describir y caracterizar su contexto, así como los elementos y procesos fundamentales que se generan dentro de ellas.

Esta primera estrategia da lugar a analizar las principales apuestas teóricas desarrolladas dentro de las ciencias sociales y de la salud, para poder establecer una evolución de las diferentes teorías organizacionales.

Del mismo modo, a la hora de identificar los principales elementos constitutivos de cualquier organización, se identifican a los Recursos Humanos como los más importantes, ya que tienen la capacidad de movilizar y provocar los cambios dentro de ella (Rodríguez Fernández, 1995).

Partiendo de esta perspectiva, en la que los recursos humanos juegan un papel central dentro de cualquier tipo de organización, el siguiente foco de interés consiste en describir los procesos que se generan dentro de la organización; concretamente, los procesos individuales, los procesos grupales y los procesos organizacionales.

Como síntesis de este primer capítulo, cabe destacar la emergencia de dos tendencias contradictorias en la gestión de recursos humanos en la administración; una encaminada a rehumanizar el entorno y otra caracterizada por los sistemas de control, llegando a la conclusión de que un sistema intermedio sería el idóneo para aumentar la efectividad y eficacia de las organizaciones (Rodríguez Fernández, 1995).

Una vez contextualizado el marco teórico donde poder encuadrar la presente tesis doctoral, en el **capítulo 2** se indaga en el concepto 'calidad institucional'; para ello, se sistematiza la literatura existente dentro del ámbito de las ciencias sociales, humanas, de la salud y la educación, encargadas de

desarrollar tanto teórica como empíricamente el concepto 'calidad institucional'. Como resultado, por un lado, se ofrece información acerca de las principales bases de datos donde quedan recogidos los trabajos encargados de abordar el concepto; y, por otro lado, se presenta información detallada sobre los principales marcos teóricos utilizados y los principales ámbitos de aplicación.

Como resumen del segundo capítulo, se destaca que no se encuentra una definición comúnmente aceptada del término 'calidad institucional' al ser un concepto polisémico (Acemoglu et al., 2004; Alesina y Perotti, 1996; Grönroos, 1983; Islam y Montenegro, 2002; Kaufmann y Kraay, 2002; Rodrik et al., 2002), si bien es cierto que se trata de un concepto que está adquiriendo una notable relevancia, debido al gran volumen de artículos y trabajos científicos desarrollados en los últimos años.

En un intento de concreción, se estudia el concepto de calidad institucional aplicado al ámbito de las organizaciones sanitarias. Para ello, en el **capítulo 3**, se realiza un breve recorrido por los principales modelos internacionales en gestión de calidad en organizaciones sanitarias; así como sobre las principales medidas sanitarias desarrolladas en las diferentes comunidades autónomas.

Como síntesis general se destaca que, pese a la existencia de modelos internacionales dominantes en Gestión de la calidad (Joint Commission on Accreditation, Sistema de Aseguramiento según normativa ISO, Sistema de Gestión Total según Modelo EFQM), en la práctica política de las diferentes comunidades autónomas, se han encontrado: unas comunidades sin un modelo claro para gestionar la calidad (Canarias o Comunidad de Madrid), aquellas que han optado por incorporar más de un modelo de calidad (Aragón, Asturias, Baleares, Castilla y León, Cataluña, Extremadura o Galicia), las que han diseñado un modelo propio (Andalucía) y otras que sí que han seguido una continuidad en la aplicación de un modelo de gestión de calidad internacional (País Vasco o Comunidad de Valencia).

Estas diferencias existentes pueden ser debidas a la tradición en gestión de calidad en salud producida por el desigual proceso de descentralización de competencias en materia sanitaria. Otras posibles explicaciones podrían encontrarse en variables de tipo político (partidos políticos que han gobernado en cada comunidad autónoma) y económico (presupuestos asignados a cada una de las medidas), por lo que sería conveniente introducir estas nuevas variables en posteriores estudios.

Debido a la dificultad de acceso a la información (informes técnicos, planes y documentos relativos a medidas sanitarias en comunidades autónomas), junto con la heterogeneidad de las medidas adoptadas sería recomendable, para desarrollos futuros, realizar una revisión sistemática o meta-análisis de todos los documentos encontrados, para poder valorar la

eficacia de las intervenciones llevadas a cabo en gestión de la calidad en materia sanitaria.

Una vez abordado el cuerpo teórico sustantivo de la presente tesis doctoral, **la segunda de las estrategias consistió en proponer el abordaje metodológico más apropiado** que permitiera acercarse a este concepto desde la realidad más próxima y concreta; es decir, desde los datos registrados en el trabajo de campo.

Para ello, en el **capítulo 4**, se hizo una revisión de las principales corrientes epistemológicas desarrolladas dentro de la ciencia y, en concreto, dentro de las ciencias sociales y del comportamiento. Se parte del punto de partida actual, en el que la ausencia de un paradigma dominante dentro de la ciencia ha provocado una crisis del conocimiento científico y, por tanto, una crisis en el conocimiento de lo social.

Es por ello que se trata de comprender los orígenes de esta crisis, teniendo en cuenta la dispersión de los modelos teóricos y la carencia de convergencia metodológica encontrada en la revisión de la literatura; para ello, se presentan las dos principales corrientes epistemológicas desarrolladas dentro de las ciencias: la corriente Positivista y la perspectiva Hermenéutica.

Una vez abordadas las dos corrientes epistemológicas que mayor importancia han tenido dentro de las ciencias, se introducen las dos perspectivas metodológicas más relevantes: la metodología cuantitativa derivada del planteamiento epistemológico positivista y la metodología cualitativa, de trayectoria hermenéutica, con el propósito de realizar una descripción integradora desde la pluralidad metodológica, resaltando las estrategias de combinación, complementariedad y triangulación.

En base a esta propuesta integradora, se configura el diseño utilizado para la parte aplicada en la presente tesis doctoral, en la que se usa la estrategia de triangulación para el estudio del clima laboral en organizaciones sanitarias.

En resumen, la realidad social es heterogénea por múltiples y diversas formas de considerar lo humano. Ante tal proceso de complejidad, y con la ausencia de un paradigma dominante que ofrezca solución acerca de cómo abordar tal conocimiento lo más recomendable, desde una perspectiva pragmática, es utilizar conjuntamente todo el aparataje metodológico desarrollado durante estos siglos, que permita acercarnos a la realidad de la manera más precisa posible, con pretensiones de poder integrar tanto la explicación como la comprensión de la realidad social que acontece (Pérez-Gil et al., 2008).

Una vez optado por el abordaje metodológico a utilizar, la tercera de las estrategias se tradujo en la **parte empírica** de esta tesis doctoral (capítulos 5, 6, 7 y 8), donde se obtiene información acerca de la calidad institucional y el ambiente grupal de trabajo.

Para ello, en el **capítulo 5**, se delimita el contexto de aplicación, ya que nos permite conocer la ubicación organizativa, dentro del hospital, del servicio de cuidados críticos y urgencias, siendo capaces de imaginar el circuito completo que un paciente sigue desde su primer contacto con la institución hasta su alta médica y abandono de los servicios prestados. Además, nos facilita la labor de conocer los rasgos distintivos del equipo humano que trabaja dentro de los servicios de urgencias, así como sus principales competencias y funciones.

En el **capítulo 6**, tomando como referencia todo lo desarrollado con anterioridad se pretende obtener, mediante un abordaje multimétodo, información sobre los principales componentes que subyacen al ambiente grupal de trabajo. De esta forma, se obtuvieron dos modelos derivados de los dos procesos de investigación utilizados: uno cualitativo y otro cuantitativo.

Como síntesis general, tanto los modelos presentados como los componentes encontrados tras el proceso analítico, guardan correspondencia con el marco teórico previamente establecido; e.g., productividad (Salazar et al., 2009; Salgado et al., 1996), relación laboral (Delgado et al., 2006; Litwin y Stringer, 1999), trabajo individual (Delgado et al., 2006; Likert, 1967), o satisfacción laboral (Brunet, 2004; Chiang, 2010; Juárez Adata, 2012; Locke, 1968; Muñoz Seco et al., 2006). Aunque, a diferencia de los modelos teóricos inicialmente planteados, la fase cualitativa permite ofrecer información más detallada de aquellos aspectos que actúan a un nivel meso, dando lugar a una nueva categoría, «características del servicio», que recoge propiedades del contexto de aplicación.

En el **capítulo 7**, en base a los resultados obtenidos en el capítulo anterior, se presenta un análisis de la convergencia-divergencia entre datos 'cuantitativos –cualitativos', ya que permiten optimizar la información recogida por ambas metodologías en términos de integrar los elementos comunes y diferenciadores de ambas. Además, se obtiene información generalizable en el ámbito de intervención y, a su vez, con especificaciones al considerarse las matizaciones de casuísticas particulares contextualizadas.

Como síntesis general, existen grandes convergencias en cuanto a la representación teórica del modelo de medida en lo relativo a los principales elementos del ambiente grupal de trabajo, y en cuanto a las representaciones empíricas de ambos procesos utilizados (Análisis Factorial Exploratorio y análisis de contenido mediante Teoría Fundamentada). Las únicas divergencias encontradas entre ambos procesos radican en que en la fase cualitativa aporta información acerca de cómo se producen las categorías intermedias entre dimensión-indicador, aporta un elemento nuevo referente a las características del contexto de intervención y presenta un modelo mucho más complejo (modelo jerárquico de cuarto orden).

El uso de la estrategia de triangulación ha permitido obtener valoraciones tanto cuantitativas como cualitativas de las características de su clima laboral. Del mismo modo, el uso de esta metodología ha permitido detectar 20 problemáticas asociadas al funcionamiento del servicio, así como propuestas de mejora planteadas por los mismos profesionales. Pese a haber obtenido toda esta información es recomendable que, para trabajos futuros, se realice un estudio de necesidades (definición, medición y priorización).

En base a los resultados obtenidos en el estudio del ambiente grupal de trabajo, desde una perspectiva multimétodo surge la necesidad de diseñar un nuevo instrumento de medida que permita integrar toda la información registrada con ambos procedimientos. Para ello, en el **capítulo 8** se diseña un nuevo instrumento de medida y se define tanto estructural como operativamente, aportando un estudio de su validez (de contenido, de constructo y de criterio) y su fiabilidad.

Como síntesis general, se puede decir que se han aportado algunas evidencias de validez y fiabilidad de la escala finalmente propuesta; concretamente:

- En lo relativo a la validez de contenido, se ha realizado el estudio que ha servido para depurar el instrumento inicialmente planteado ajustado a criterios de representatividad, utilidad y viabilidad.
- En lo relativo a la validez de constructo, se ha logrado el ajuste del modelo (teórico-empírico) con algunas limitaciones; sus índices globales de bondad de ajuste son: X^2 (g.l.= 773; $p=0,0001$)= 4044.95; $RMSEA=0,074$, con un intervalo al 90%, comprendido entre 0,074 y 0,083; $GFI= 0,97$; y $AGFI= 0,97$.
- El nuevo instrumento elaborado presenta un buen coeficiente de fiabilidad ($\alpha = 0,96$); y un coeficiente de validez de criterio de 0,68, por lo que sería conveniente realizar un estudio más exhaustivo y restrictivo de los ítems propuestos.
- Las correlaciones existentes entre pesos factoriales parecen indicar que podría tratarse una escala unidimensional por lo que, en posteriores estudios, sería conveniente estudiar tanto teórica como empíricamente las posibles relaciones entre todos los elementos del instrumento.

Cabe resaltar que, para el diseño del cuestionario, se contó con las aportaciones de la dirección médica del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Campo de Gibraltar, con el propósito e interés de que este estudio tenga consecuencias prácticas en la mejora de su desarrollo profesional, y sea el punto de partida de futuras investigaciones.

En base a todo el proceso de investigación derivado de la presente tesis doctoral y tratando de solventar todas aquellas limitaciones surgidas, se plantean como retos concretos los siguientes **desarrollos futuros** más inmediatos:

Respecto la revisión de la literatura sobre el concepto calidad institucional, se incluyeron elementos relativos a los modelos teóricos utilizados, los principales ámbitos de aplicación y las principales dimensiones aportando cierto grado de sistematización.

- Se realizará una nueva revisión sistemática de la literatura y se aplicará una escala para medir la calidad metodológica de los estudios primarios (Sanduvete, 2008) con el objetivo de valorar el grado de especificación, de control y de estandarización de los trabajos encontrados.

Sobre la revisión de las principales iniciativas llevadas a cabo por las diferentes Comunidades Autónomas en materia sanitaria, se resaltó que existía una debilidad metodológica en cuanto al diseño y evaluación de acciones basadas en necesidades existiendo un desajuste importante en la adecuación necesidad-objetivo-diseño de implementación-evaluación.

- Se realizará una revisión sistemática de la literatura teniendo en cuenta directrices para evaluar informes basados en metodología experimental, quasi-experimental y observacional (Portell, Anguera, Chacón y Sanduvete, 2015).
- Se consultará a expertos sobre la posibilidad de realizar meta-análisis para determinar la tipología de los estudios, determinar las variables moderadoras influyentes y valorar la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones realizadas.

En cuanto a las necesidades detectadas, a partir de las entrevistas en profundidad, por parte de los profesionales del área de urgencias del Campo de Gibraltar.

- Se realizará un estudio de necesidades de forma exhaustiva para que, una vez definidas, operacionalizadas y priorizadas, los mismos profesionales sean capaces de realizar propuestas concretas de mejora (Chacón, Sanduvete, Portell y Anguera, 2013).

El instrumento final construido para medir la 'calidad del clima laboral', presenta buenos índices de fiabilidad y de validez, pero creemos necesario seguir desarrollando y depurando el instrumento con vista a poder estandarizar el instrumento (Chacón, Anguera y Sánchez, 2008; Muñiz y Fonseca, 2008), para ello proponemos:

- Realizar un estudio piloto, cualitativo y cuantitativo, del instrumento en una muestra con características similares a la población objeto de estudio con la finalidad de examinar el comportamiento final de la escala y en su caso, si fuera necesario, de depurar los ítems.
 - o Estudio cualitativo: a partir de grupos de discusión para debatir acerca de aspectos relacionados con la detección de errores semánticos, gramaticales, comprensibilidad o posibles incongruencias.
 - o Estudio cuantitativo: mediante muestreo probabilístico, para examinar las propiedades psicométricas de los ítems y del instrumento en general, delimitando y justificando qué ítems pudieran ser eliminados o modificados. Se tratará de estimar las propiedades métricas del instrumento (índices de discriminación, cargas factoriales o el funcionamiento diferencial de los ítems).

- Se realizará un nuevo estudio sobre la dimensionalidad del instrumento para conocer su estructura interna. En base a los resultados obtenidos, como señalamos en el capítulo 8, podría tratarse de una escala unidimensional, lo cual nos permitiría la posibilidad de la construcción de una puntuación total respecto a la calidad del clima laboral.

- Se realizará un nuevo estudio de la fiabilidad y validez del instrumento y se incluirán otros instrumentos de medida convergentes; en nuestro caso se utilizó el ítem 41 como criterio externo, aunque creemos conveniente seleccionar otros instrumentos de medida convergentes que permitan ofrecer evidencias sobre la validez de las puntuaciones de los participantes que ayuden a mejorar sus interpretaciones.

- Si fuera posible, se construirán baremos para establecer cortes normativos y se redactaría una versión definitiva del instrumento y un manual para su aplicación.

CAPÍTULO 9.

PRINCIPALES CONCLUSIONES GENERALES DE LA TESIS DOCTORAL Y DESARROLLOS FUTUROS

9. Principales conclusiones de la tesis doctoral y propuestas de desarrollos futuros.

A rasgos muy generales, el proceso desarrollado en la presente tesis doctoral se inicia a partir un concepto totalmente disperso de la calidad institucional con heterogeneidad de dimensiones, hasta llegar a una sola dimensión de la calidad del clima de trabajo.

Como se advirtió al comienzo, la finalidad de este trabajo consiste esencialmente en acercarse a los procesos que se desarrollan dentro de las organizaciones sanitarias, prestando especial interés en aquellos aspectos encaminados a la potenciación de la calidad.

Para abordar esta temática, se plantean múltiples estrategias (teóricas, metodológicas y empíricas). La primera de ellas consiste en concretar y determinar todo el **marco teórico** desarrollada en los capítulos 1, 2 y 3:

En el **capítulo 1**, se revisa la literatura existente acerca de la calidad en las organizaciones para tratar de describir y caracterizar su contexto, así como los elementos y procesos fundamentales que se generan dentro de ellas.

Esta primera estrategia da lugar a analizar las principales apuestas teóricas desarrolladas dentro de las ciencias sociales y de la salud, para poder establecer una evolución de las diferentes teorías organizacionales.

Del mismo modo, a la hora de identificar los principales elementos constitutivos de cualquier organización, se identifican a los Recursos Humanos como los más importantes, ya que tienen la capacidad de movilizar y provocar los cambios dentro de ella (Rodríguez Fernández, 1995).

Partiendo de esta perspectiva, en la que los recursos humanos juegan un papel central dentro de cualquier tipo de organización, el siguiente foco de interés consiste en describir los procesos que se generan dentro de la organización; concretamente, los procesos individuales, los procesos grupales y los procesos organizacionales.

Como síntesis de este primer capítulo, cabe destacar la emergencia de dos tendencias contradictorias en la gestión de recursos humanos en la administración; una encaminada a rehumanizar el entorno y otra caracterizada por los sistemas de control, llegando a la conclusión de que un sistema intermedio sería el idóneo para aumentar la efectividad y eficacia de las organizaciones (Rodríguez Fernández, 1995).

Una vez contextualizado el marco teórico donde poder encuadrar la presente tesis doctoral, en el **capítulo 2** se indaga en el concepto 'calidad institucional'; para ello, se sistematiza la literatura existente dentro del ámbito de las ciencias sociales, humanas, de la salud y la educación, encargadas de

desarrollar tanto teórica como empíricamente el concepto 'calidad institucional'. Como resultado, por un lado, se ofrece información acerca de las principales bases de datos donde quedan recogidos los trabajos encargados de abordar el concepto; y, por otro lado, se presenta información detallada sobre los principales marcos teóricos utilizados y los principales ámbitos de aplicación.

Como resumen del segundo capítulo, se destaca que no se encuentra una definición comúnmente aceptada del término 'calidad institucional' al ser un concepto polisémico (Acemoglu et al., 2004; Alesina y Perotti, 1996; Grönroos, 1983; Islam y Montenegro, 2002; Kaufmann y Kraay, 2002; Rodrik et al., 2002), si bien es cierto que se trata de un concepto que está adquiriendo una notable relevancia, debido al gran volumen de artículos y trabajos científicos desarrollados en los últimos años.

En un intento de concreción, se estudia el concepto de calidad institucional aplicado al ámbito de las organizaciones sanitarias. Para ello, en el **capítulo 3**, se realiza un breve recorrido por los principales modelos internacionales en gestión de calidad en organizaciones sanitarias; así como sobre las principales medidas sanitarias desarrolladas en las diferentes comunidades autónomas.

Como síntesis general se destaca que, pese a la existencia de modelos internacionales dominantes en Gestión de la calidad (Joint Commission on Accreditation, Sistema de Aseguramiento según normativa ISO, Sistema de Gestión Total según Modelo EFQM), en la práctica política de las diferentes comunidades autónomas, se han encontrado: unas comunidades sin un modelo claro para gestionar la calidad (Canarias o Comunidad de Madrid), aquellas que han optado por incorporar más de un modelo de calidad (Aragón, Asturias, Baleares, Castilla y León, Cataluña, Extremadura o Galicia), las que han diseñado un modelo propio (Andalucía) y otras que sí que han seguido una continuidad en la aplicación de un modelo de gestión de calidad internacional (País Vasco o Comunidad de Valencia).

Estas diferencias existentes pueden ser debidas a la tradición en gestión de calidad en salud producida por el desigual proceso de descentralización de competencias en materia sanitaria. Otras posibles explicaciones podrían encontrarse en variables de tipo político (partidos políticos que han gobernado en cada comunidad autónoma) y económico (presupuestos asignados a cada una de las medidas), por lo que sería conveniente introducir estas nuevas variables en posteriores estudios.

Debido a la dificultad de acceso a la información (informes técnicos, planes y documentos relativos a medidas sanitarias en comunidades autónomas), junto con la heterogeneidad de las medidas adoptadas sería recomendable, para desarrollos futuros, realizar una revisión sistemática o meta-análisis de todos los documentos encontrados, para poder valorar la

eficacia de las intervenciones llevadas a cabo en gestión de la calidad en materia sanitaria.

Una vez abordado el cuerpo teórico sustantivo de la presente tesis doctoral, **la segunda de las estrategias consistió en proponer el abordaje metodológico más apropiado** que permitiera acercarse a este concepto desde la realidad más próxima y concreta; es decir, desde los datos registrados en el trabajo de campo.

Para ello, en el **capítulo 4**, se hizo una revisión de las principales corrientes epistemológicas desarrolladas dentro de la ciencia y, en concreto, dentro de las ciencias sociales y del comportamiento. Se parte del punto de partida actual, en el que la ausencia de un paradigma dominante dentro de la ciencia ha provocado una crisis del conocimiento científico y, por tanto, una crisis en el conocimiento de lo social.

Es por ello que se trata de comprender los orígenes de esta crisis, teniendo en cuenta la dispersión de los modelos teóricos y la carencia de convergencia metodológica encontrada en la revisión de la literatura; para ello, se presentan las dos principales corrientes epistemológicas desarrolladas dentro de las ciencias: la corriente Positivista y la perspectiva Hermenéutica.

Una vez abordadas las dos corrientes epistemológicas que mayor importancia han tenido dentro de las ciencias, se introducen las dos perspectivas metodológicas más relevantes: la metodología cuantitativa derivada del planteamiento epistemológico positivista y la metodología cualitativa, de trayectoria hermenéutica, con el propósito de realizar una descripción integradora desde la pluralidad metodológica, resaltando las estrategias de combinación, complementariedad y triangulación.

En base a esta propuesta integradora, se configura el diseño utilizado para la parte aplicada en la presente tesis doctoral, en la que se usa la estrategia de triangulación para el estudio del clima laboral en organizaciones sanitarias.

En resumen, la realidad social es heterogénea por múltiples y diversas formas de considerar lo humano. Ante tal proceso de complejidad, y con la ausencia de un paradigma dominante que ofrezca solución acerca de cómo abordar tal conocimiento lo más recomendable, desde una perspectiva pragmática, es utilizar conjuntamente todo el aparataje metodológico desarrollado durante estos siglos, que permita acercarnos a la realidad de la manera más precisa posible, con pretensiones de poder integrar tanto la explicación como la comprensión de la realidad social que acontece (Pérez-Gil et al., 2008).

Una vez optado por el abordaje metodológico a utilizar, la tercera de las estrategias se tradujo en la **parte empírica** de esta tesis doctoral (capítulos 5, 6, 7 y 8), donde se obtiene información acerca de la calidad institucional y el ambiente grupal de trabajo.

Para ello, en el **capítulo 5**, se delimita el contexto de aplicación, ya que nos permite conocer la ubicación organizativa, dentro del hospital, del servicio de cuidados críticos y urgencias, siendo capaces de imaginar el circuito completo que un paciente sigue desde su primer contacto con la institución hasta su alta médica y abandono de los servicios prestados. Además, nos facilita la labor de conocer los rasgos distintivos del equipo humano que trabaja dentro de los servicios de urgencias, así como sus principales competencias y funciones.

En el **capítulo 6**, tomando como referencia todo lo desarrollado con anterioridad se pretende obtener, mediante un abordaje multimétodo, información sobre los principales componentes que subyacen al ambiente grupal de trabajo. De esta forma, se obtuvieron dos modelos derivados de los dos procesos de investigación utilizados: uno cualitativo y otro cuantitativo.

Como síntesis general, tanto los modelos presentados como los componentes encontrados tras el proceso analítico, guardan correspondencia con el marco teórico previamente establecido; e.g., productividad (Salazar et al., 2009; Salgado et al., 1996), relación laboral (Delgado et al., 2006; Litwin y Stringer, 1999), trabajo individual (Delgado et al., 2006; Likert, 1967), o satisfacción laboral (Brunet, 2004; Chiang, 2010; Juárez Adata, 2012; Locke, 1968; Muñoz Seco et al., 2006). Aunque, a diferencia de los modelos teóricos inicialmente planteados, la fase cualitativa permite ofrecer información más detallada de aquellos aspectos que actúan a un nivel meso, dando lugar a una nueva categoría, «características del servicio», que recoge propiedades del contexto de aplicación.

En el **capítulo 7**, en base a los resultados obtenidos en el capítulo anterior, se presenta un análisis de la convergencia-divergencia entre datos 'cuantitativos –cualitativos', ya que permiten optimizar la información recogida por ambas metodologías en términos de integrar los elementos comunes y diferenciadores de ambas. Además, se obtiene información generalizable en el ámbito de intervención y, a su vez, con especificaciones al considerarse las matizaciones de casuísticas particulares contextualizadas.

Como síntesis general, existen grandes convergencias en cuanto a la representación teórica del modelo de medida en lo relativo a los principales elementos del ambiente grupal de trabajo, y en cuanto a las representaciones empíricas de ambos procesos utilizados (Análisis Factorial Exploratorio y análisis de contenido mediante Teoría Fundamentada). Las únicas divergencias encontradas entre ambos procesos radican en que en la fase cualitativa aporta información acerca de cómo se producen las categorías intermedias entre dimensión-indicador, aporta un elemento nuevo referente a las características del contexto de intervención y presenta un modelo mucho más complejo (modelo jerárquico de cuarto orden).

El uso de la estrategia de triangulación ha permitido obtener valoraciones tanto cuantitativas como cualitativas de las características de su clima laboral. Del mismo modo, el uso de esta metodología ha permitido detectar 20 problemáticas asociadas al funcionamiento del servicio, así como propuestas de mejora planteadas por los mismos profesionales. Pese a haber obtenido toda esta información es recomendable que, para trabajos futuros, se realice un estudio de necesidades (definición, medición y priorización).

En base a los resultados obtenidos en el estudio del ambiente grupal de trabajo, desde una perspectiva multimétodo surge la necesidad de diseñar un nuevo instrumento de medida que permita integrar toda la información registrada con ambos procedimientos. Para ello, en el **capítulo 8** se diseña un nuevo instrumento de medida y se define tanto estructural como operativamente, aportando un estudio de su validez (de contenido, de constructo y de criterio) y su fiabilidad.

Como síntesis general, se puede decir que se han aportado algunas evidencias de validez y fiabilidad de la escala finalmente propuesta; concretamente:

- En lo relativo a la validez de contenido, se ha realizado el estudio que ha servido para depurar el instrumento inicialmente planteado ajustado a criterios de representatividad, utilidad y viabilidad.
- En lo relativo a la validez de constructo, se ha logrado el ajuste del modelo (teórico-empírico) con algunas limitaciones; sus índices globales de bondad de ajuste son: X^2 (g.l.= 773; $p=0,0001$)= 4044.95; $RMSEA=0,074$, con un intervalo al 90%, comprendido entre 0,074 y 0,083; $GFI= 0,97$; y $AGFI= 0,97$.
- El nuevo instrumento elaborado presenta un buen coeficiente de fiabilidad ($\alpha = 0,96$); y un coeficiente de validez de criterio de 0,68, por lo que sería conveniente realizar un estudio más exhaustivo y restrictivo de los ítems propuestos.
- Las correlaciones existentes entre pesos factoriales parecen indicar que podría tratarse una escala unidimensional por lo que, en posteriores estudios, sería conveniente estudiar tanto teórica como empíricamente las posibles relaciones entre todos los elementos del instrumento.

Cabe resaltar que, para el diseño del cuestionario, se contó con las aportaciones de la dirección médica del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Campo de Gibraltar, con el propósito e interés de que este estudio tenga consecuencias prácticas en la mejora de su desarrollo profesional, y sea el punto de partida de futuras investigaciones.

En base a todo el proceso de investigación derivado de la presente tesis doctoral y tratando de solventar todas aquellas limitaciones surgidas, se plantean como retos concretos los siguientes **desarrollos futuros** más inmediatos:

Respecto la revisión de la literatura sobre el concepto calidad institucional, se incluyeron elementos relativos a los modelos teóricos utilizados, los principales ámbitos de aplicación y las principales dimensiones aportando cierto grado de sistematización.

- Se realizará una nueva revisión sistemática de la literatura y se aplicará una escala para medir la calidad metodológica de los estudios primarios (Sanduvete, 2008) con el objetivo de valorar el grado de especificación, de control y de estandarización de los trabajos encontrados.

Sobre la revisión de las principales iniciativas llevadas a cabo por las diferentes Comunidades Autónomas en materia sanitaria, se resaltó que existía una debilidad metodológica en cuanto al diseño y evaluación de acciones basadas en necesidades existiendo un desajuste importante en la adecuación necesidad-objetivo-diseño de implementación-evaluación.

- Se realizará una revisión sistemática de la literatura teniendo en cuenta directrices para evaluar informes basados en metodología experimental, quasi-experimental y observacional (Portell, Anguera, Chacón y Sanduvete, 2015).
- Se consultará a expertos sobre la posibilidad de realizar meta-análisis para determinar la tipología de los estudios, determinar las variables moderadoras influyentes y valorar la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones realizadas.

En cuanto a las necesidades detectadas, a partir de las entrevistas en profundidad, por parte de los profesionales del área de urgencias del Campo de Gibraltar.

- Se realizará un estudio de necesidades de forma exhaustiva para que, una vez definidas, operacionalizadas y priorizadas, los mismos profesionales sean capaces de realizar propuestas concretas de mejora (Chacón, Sanduvete, Portell y Anguera, 2013).

El instrumento final construido para medir la 'calidad del clima laboral', presenta buenos índices de fiabilidad y de validez, pero creemos necesario seguir desarrollando y depurando el instrumento con vista a poder estandarizar el instrumento (Chacón, Anguera y Sánchez, 2008; Muñiz y Fonseca, 2008), para ello proponemos:

- Realizar un estudio piloto, cualitativo y cuantitativo, del instrumento en una muestra con características similares a la población objeto de estudio con la finalidad de examinar el comportamiento final de la escala y en su caso, si fuera necesario, de depurar los ítems.
 - o Estudio cualitativo: a partir de grupos de discusión para debatir acerca de aspectos relacionados con la detección de errores semánticos, gramaticales, comprensibilidad o posibles incongruencias.
 - o Estudio cuantitativo: mediante muestreo probabilístico, para examinar las propiedades psicométricas de los ítems y del instrumento en general, delimitando y justificando qué ítems pudieran ser eliminados o modificados. Se tratará de estimar las propiedades métricas del instrumento (índices de discriminación, cargas factoriales o el funcionamiento diferencial de los ítems).

- Se realizará un nuevo estudio sobre la dimensionalidad del instrumento para conocer su estructura interna. En base a los resultados obtenidos, como señalamos en el capítulo 8, podría tratarse de una escala unidimensional, lo cual nos permitiría la posibilidad de la construcción de una puntuación total respecto a la calidad del clima laboral.

- Se realizará un nuevo estudio de la fiabilidad y validez del instrumento y se incluirán otros instrumentos de medida convergentes; en nuestro caso se utilizó el ítem 41 como criterio externo, aunque creemos conveniente seleccionar otros instrumentos de medida convergentes que permitan ofrecer evidencias sobre la validez de las puntuaciones de los participantes que ayuden a mejorar sus interpretaciones.

- Si fuera posible, se construirán baremos para establecer cortes normativos y se redactaría una versión definitiva del instrumento y un manual para su aplicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias bibliográficas.

- Abalde Paz, E., y Muñoz Cantero, J.M. (1992). Metodología cuantitativa vs cualitativa. En E. Abalde Paz y J. M. Muñoz Cantero (Eds.), *Metodología educativa I. Jornadas de Metodología de Investigación Educativa* (pp. 89-99). A Coruña, España: Universidad de la Coruña, Servicio de Publicaciones.
- Abravanel, H. (1992). Cultura organizacional y autoridad simbólica. En H. Abravanel (Ed.), *Cultura organizacional. Aspectos teóricos, prácticos y metodológicos* (pp. 38-71). Bogotá, Colombia: Legis Editores.
- Acemoglu, D., Johnson, S., y Robinson, J. A. (2001). The colonial origins of comparative development: An empirical investigation. *American Economic Review*, 91(5), 1369-1401.
- Acemoglu, D., Johnson, S., y Robinson, J. A. (2004). The colonial origins of comparative development: An empirical investigation. *Revista de Economía Institucional*, 7(13), 821-849.
- Adorno, T. (1979). *Sobre estática y dinámica como categorías sociológicas*. En M. Horkheimer y T. Adorno, *Sociológica* (pp. 235-236). Madrid, España: Taurus.
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (2007). *Programas de acreditación de unidades de gestión clínica (ME 5 1 -03)*. Disponible en: http://r.search.yahoo.com/_ylt=A0LEVwleJdlXnjYAiSxXNyoA;_ylu=X3oDMTEyaW1ndGVxBGNvbG8DYmYxBHBvcwMxBHZ0aWQDVUkyQzJfMQRzZWMDc3l-/RV=2/RE=1473877471/RO=10/RU=http%3a%2f%2fsb86eb09335ad47f5.jimcontent.com%2fdownload%2fversion%2f1346076271%2fmodule%2f6311852452%2fname%2fPrograma%2520Acreditacion%2520UGC%2520Andalucia%25202007.pdf/RK=0/RS=X_rb2GdWO3ViPi2.I7fAoIQVP7M-
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (2016). *Potenciamos la calidad de los servicios sanitarios y sociales con programas de certificación*. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/>
- Agencia de Gestión de Calidad y Evaluación de Cataluña (2014). *Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya*. Disponible en: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/contingutsadministratiu/observatori_efectes_crisi_salut_document.pdf
- Aixalá, J., y Fabro, G. (2008a). Does the impact of institutional quality on economic growth depend on initial income level? *Economic Affairs*, 28(3), 45-49.
- Aixalá, J., y Fabro, G. (2008b). Determinantes de la calidad institucional en los países. *Revista de Economía Aplicada*, 46(16), 119-144.
- Aixalá, J., Fabro, G., y Simón, B. (2004). *Calidad institucional y factores político-culturales: un panorama internacional por niveles de renta*. Zaragoza, España: Departamento de Estructura, Historia Económica y Economía Pública,

- Universidad de Zaragoza. Disponible en: <http://www.dteconz.unizar.es/DT2004-02.pdf>
- Alcañiz-Zañón, M., Mompart-Penina, A., Guillén-Estany M., Medina-Bustos, A., Aragay-Barbany, J. M., Brugulat-Guiteras, P. y Tresserras-Gaju, R. (2014). Nuevo diseño de la encuesta de salud de Cataluña (2010-2014): un paso adelante en la planificación y evaluación sanitaria. *Gaceta Sanitaria*, 20(4), 338-340. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v28n4/nota_metodologica.pdf
- Alderfer, C. (1993). Emerging developments in action research. *Journal of Applied Behavioral Science*, 29, 389-492.
- Aldrich, H. (1979). *Organizations and environments*. Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Alesina, A., y Perotti, R. (1996). Income distribution, political instability, and investment. *European Economic Review*, 40(6), 1203-1228.
- Allaire, Y., y Firsirotu, M. (1992). Un modelo multifactorial para el estudio de las organizaciones. En H. Abravanel (Ed.), *Cultura organizacional. Aspectos teóricos, prácticos y metodológicos* (pp. 91-114). Bogotá, Colombia: Legis Editores.
- Alonso, J. A., y Garcimartín, C. (2011). Criterios y factores de la calidad institucional: un estudio empírico. *Revista de Economía Aplicada*, 55(19), 5-32.
- Alvira F., y Serrano, A. (2015). Diseños y estrategias en investigación social. En M. García Ferrando, E. Alonso, y M. Escobar, *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 76-109). Madrid, España: Alianza Editorial.
- Anguera, M.T. (1985a). Directrices básicas en el análisis de datos observacionales. En M.T. Anguera (Ed.), *Metodología de la observación en las ciencias humanas* (pp. 169-180). Madrid, España: Cátedra.
- Anguera, M.T. (1985b). Investigación naturalista: planteamientos a partir de la metodología observacional. *I Reunión anual de la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament*. Sitges, España.
- Anguera, M.T. (1985c). Posibilidades de la metodología cualitativa versus cuantitativa. *Revista de Investigación Educativa*, 3(6), 339-345.
- Anguera, M. T. (1986). La investigación cualitativa. *Educar*, 10, 23-50. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/educar/article/viewFile/42171/94904>.
- Anguera, M. T. (2008). Diseños evaluativos de baja intervención. En M. T. Anguera, S. Chacón y A. Blanco (Eds.), *Evaluación de programas sociales y sanitarios. Un abordaje metodológico* (pp. 153-184). Madrid, España: Síntesis.
- Anguera, M.T., Chacón, S., Blanco, A. (2008) *Evaluación de programas sociales y sanitarios: un abordaje metodológico*. Síntesis.
- Anguera, M. T., Chacón, S., y Holgado, F. P. (2008). Indicadores en evaluación de programas. En M. T. Anguera, S. Chacón y A. Blanco (Eds.), *Evaluación de*

- programas sociales y sanitarios. Un abordaje metodológico* (pp. 101-148). Madrid, España: Síntesis.
- Aoki, M. (2001). *Toward a comparative institutional analysis*. Cambridge, Reino Unido: MIT Press.
- Aoki, M. (2011, July). The five-phases of economic development and institutional evolution in China and Japan. Presidential lecture at the XVI World Congress of the international Economic Association. Disponible en: http://translate.googleusercontent.com/translate_c?anno=2&depth=1&hl=es&url=translate.google.es&sl=en&tl=es&u=http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm%3Fabstract_id%3D1893285&usg=ALkJrhgZvgVqLvpUaYe17aEeut8DEzxPeA
- American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), and the National Council on Measurement in Education (NCME). (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Araixa, J., y Fabro, G. (2007). Indicadores institucionales y crecimiento económico: un panorama. *Hacienda pública española*, 182, 117-164.
- Araoz, M. F. (2013). Institutional quality in Argentina in the long run. *Revista de Historia Económica*, 31(1), 73-109.
- Argyris, M., y Schon, D. (1974). *Theory in practice. Increasing professional effectiveness*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Arias Serrano, L. (2012). *Las fuentes de la historia del arte en época contemporánea*. Barcelona, España: Ediciones del Serbal.
- Aron, J. (2000). Growth and institutions: A review of the evidence. *The World Bank Research Observer*, 15(1), 99-135.
- Asch, S. E. (1951). Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgment. En H. Guetzkow (Ed.), *Groups, leadership and men* (pp. 177-190). Pittsburgh, PA: Carnegie Press.
- Aygrys, C. (1979). *La gestión de las relaciones y la responsabilidad social empresarial*. Málaga, España: Cátedra Santander RSCUMA.
- Bandeira, P. (2011). El uso de herramientas de medición de la calidad en instituciones públicas en la cooperación internacional. *Revista Globalización, Competitividad y Gobernabilidad*, 5(3), 134-151.
- Banfield, E. (1958). *The moral basis of a backward society*. Nueva York, NY: The free press Glencoe.
- Barbero, M. I., Vila, E., y Holgado, F. P. (2010). *Psicometría*. Madrid, España: Sanz y Torres.
- Barbero, M. I., Vila, E., y Holgado, F.P. (2011). *Introducción básica al análisis factorial*. Madrid, España: Sanz y Torres

- Barnard, C. (1938). *The functions of the executive*. Cambridge, Reino Unido: Harvard University Press.
- Barro, R.J. (1996). *Determinants of economic growth: A cross-country empirical study*. Cambridge, Reino Unido: Nber Working Paper Series.
- Basurto, X., Kingsley, G., McQuenn, K., Smith, M. y Weibe, C. (2010). A systematic approach to institutional analysis: Applying Crawford and Ostrom's grammar. *Political Science*, 63(3), 523-537.
- Berges, P. (1992). *A far glory: The quest for faith in an age of credulity*. Nueva York, NY: Doubleday.
- Berghe, P. L. (1963). Dialectic and functionalism: Toward a theoretical synthesis. *American Sociological Review*, 28(5), 695-705.
- Bericat Alastuey, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social: significado y medida*. Madrid, España: Ariel.
- Bericat Alastuey, E. (2001). Max Weber o el enigma emocional del orden del capitalismo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 91(1), 9-36.
- Bericat Alastuey, E. (2003). *Fragmentos de la realidad social postmoderna*. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 102(3), 9-46.
- Bernal, I., Pedraza, N.A., y Sánchez, M.L. (2015). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios Generales*, 31 (141), 9-19. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21233043002>
- Berwick, R. (1989). Needs assessment in language programming: From theory to practice. In R. K. Johnson (Ed). *The second language curriculum* (pp. 48-62). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Berzosa, B., Cámara, L., y Correa, E. (2005). *La gestión de la Calidad. Guía para la adaptación del Modelo EFQM de Excelencia a entidades no lucrativas que prestan servicios de inserción socio-laboral*. Madrid, España: CIDEAL.
- Bethell, T. (1998). *The noblest triumph: Property and prosperity through the ages*. Nueva York, NY: St. Martin's Press.
- Blanch, J. M., Espuny, M. J., Gala, C. y Martín, A. (2003). *Teoría de las relaciones laborales. Fundamentos*. Barcelona, España: Editorial UOC.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*, Nueva York, NY: John Wiley & Sons.
- Bonilla, C. (1988). *La comunicación: función básica de las relaciones públicas*. México DF, México: Trillas.
- Borner, S., Bodmer, F., y Kobler, M. (2004). *Institutional efficiency and its determinants: The role of political factors in economic growth*. Washington, DC: Organisation for Economic Cooperation and Development.

- Bourdieu, P. (1993). The forms of capital. In J. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241-258). Nueva York, NY: Greenwood Press.
- Breton, T. R. (2004). Can institutions or education explain world poverty? An augmented Solow model provides some insights'. *Journal of Socio-Economics*, 33(1), 45-69.
- Brown, R.L., y Holmes, H. (1986). The use of a factor analytic procedure for assessing the validity of an employee safety climate model. *Accident Analysis and Prevention*, 18(6), 455-470.
- Brunet, L. (2004). *El clima de trabajo en las organizaciones*. México DF, México: Trillas.
- Bryman, A. (1988). Introduction. En A. Bryman (Ed.), *Quantity and quality in social research* (pp. 1-10). Londres, Reino Unido: Ed. Routledge.
- Buchanan, A.E. (1998). *Deciding for others: The ethics of surrogate decision making*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Bueno Capos, E. (2001). *Curso básico de economía de la empresa. Un enfoque de organización*. Madrid, España: Pirámide.
- Bunge, M. (1989). *Las ciencias sociales en discusión: una perspectiva filosófica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudamericana.
- Callon, M. (1986). Some elements of sociology of translation: Domestication of the scallops and the fishermen of St. Briec Bay. En J. Law (Ed.), *Power, action and belief, a new sociology of knowledge?* (pp.145-166). Londres, Reino Unido: Routledge.
- Campbell, J. P., Carpenter, P., Sneiderman, C., Cohn, S., Chute C., y Warren J. (1997). Phase II evaluation of clinical coding schemes: Completeness, taxonomy mapping, definitions and clarity. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 4, 238-251.
- Campbell, J. P., Dunnette M. D., Lawler, E. E., y Weick, K. E (1970). *Managerial behavior, performance, and effectiveness*. Nueva York, NY: McGraw-Hill.
- Cano, F.J., Sanduvete, S., Chacón, S., Rodríguez, L., García, J., Antuña M.A., y Pérez-Gil, J.A. (2015). Estructura factorial de la versión española del Test de Orientación Vital Revisado (LOT-R): comprobación de varios modelos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 15(2), 139-148. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33738719007>
- Cantón, I. y Arias, A.R. (2008). La dirección y el liderazgo: aceptación, conflicto y calidad. *Revista de Educación*, 345, 229-254.
- Cantú Deltado, H. (1997). *Desarrollo de una cultura de calidad*. Madrid, España: Mcgraw-Hill.
- Carr, E. H. (2011). *¿Qué es la historia?* Barcelona, España: Ariel.

- Carrero, V. (1998). *Análisis cualitativo de datos: aplicación de la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) en el ámbito de la innovación organizacional*. Tesis Doctoral. Universidad Jaume I, Castellón, España.
- Casas, J., Repullo, J. R., Lorenzo, S. y Cañas, J. J. (2002). Dimensiones y medición de calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Revista de Administración Sanitaria*, 4(23), 143-160.
- Castillo, F. (1995). Las políticas de los recursos humanos en las administraciones públicas. En A, Rodríguez (Ed.), *Los recursos humanos en las administraciones públicas* (pp. 99-175). Madrid, España: Tecnos.
- Casto, L., Castro, M. A., y Morales, J. (2005). *Metodología de las ciencias sociales*. Madrid, España: Tecnos.
- Catalá, F., y de Manuel, E. (1998). *Informe SESPAS 1998: la salud pública y el futuro del estado del bienestar*. Granada, España: EASP.
- Cea D'Aconda, M.A. (1988). *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid, España: Síntesis.
- Cerda, J., y Villarroel, L. (2008). Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: coeficiente de Kappa. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(1), 54-58.
- Chacón Fuertes, J. (2006). Gestión de calidad en el servicio de salud de Castilla-La Mancha. *Revista de Administración Sanitaria*, 4(29), 195-210.
- Chacón, S., Anguera, M. T., y López, J. L. (2000). Diseños de evaluación de programas: bases metodológicas. *Psicothema*, 12(Suplemento), 127-131.
- Chacón, S., Anguera, M.T., Sánchez, J. (2008). Generalización de resultados en evaluación de programas. En M. T. Anguera, S. Chacón, y A. Blanco (Eds.). *Evaluación de programas sociales y sanitarios: un abordaje metodológico* (pp. 241-258). Madrid, España: síntesis.
- Chacón, S., Anguera, M.T., Sanduvete, S., y Sánchez M., (2014). Methodological convergence of program evaluation designs *Psicothema*, 26(1), 91-96. Disponible en: <http://www.psicothema.com/english/psicothema.asp?id=4165>
- Chacón S., y López, J. L. (2008). Diseños evaluativos de intervención alta en M.T. Anguera Argilaga, S. Chacón Moscoso y Á. Blanco Villaseñor, (Eds.), *Evaluación de programas sociales y sanitarios: un abordaje metodológico* (pp. 219-239). Madrid, España: síntesis.
- Chacón, S., López, J.L., y Pérez-Gil, J.A., (2012). Metodología de la evaluación de programas sociales. *Apuntes de Psicología*, 30(1), 111-118.
- Chacón, S., Sanduvete, S., Portell, M., y Anguera, M.T. (2013). Reporting a program evaluation: Needs, program plan, intervention, and decisions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 58- 66. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1697260013700085>.

- Chacón, S., Shadish, W.R., y Cook T.D. (2008). Diseños evaluativos de intervención media en M.T. Anguera Argilaga, S. Chacón Moscoso y Á. Blanco Villaseñor, (Eds.), *Evaluación de programas sociales y sanitarios: un abordaje metodológico* (pp. 185-218). Madrid, España: síntesis.
- Charmaz, K. (2005). The power and potencial of grounded theory. *A journal of the BSA Medical Sociology Group*, 6(3). Disponible en: <https://es.scribd.com/document/273009810/Charmaz-the-Power-and-Potential-Grounded-Theory>
- Chiang, V. (2010). Compromiso del trabajador hacia su organización y la relación con el clima organizacional. *Panorama Socioeconómico*, 40, 92-103.
- Chong, A., y Zanforlin, L. (2000). Law tradition and institutional quality: some empirical evidence. *Journal of International Development*, 12(8), 1057-1068.
- Chute, C.G., Cohn, S. P. y Campbell, J. R. (1998). A framework comprehensive health terminology systems in the United States: Development guidelines, criteria for selection, and public policy implications. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 5(6), 503-510. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC61331/>
- Cimino, J. J. (1998). Desiderata for controlled medical vocabularies in the twenty-first century. *Methods of Information in Medicine*, 37(4-5), 394-403. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3415631/>
- Cimino, J.J., Clayton, P. D., Hripcsak, G., y Johnson, S.B. (1994). Knowledge-approaches to the maintenance of large controlled medical terminology. *The Journal of the American Medical Association*, 1(1), 35-50.
- Ciudad Autónoma de Ceuta: Sanidad y Consumo (2015). *II Plan de Salud*. Disponible en: <http://www.ceuta.es/ceuta/por-servicios/sanidad-y-consumo>
- Ciudad Autónoma de Melilla (2014). *Programas y actividades de la Ciudad Autónoma de Melilla*. Disponible en: <http://www.areasaludmelilla.es/asm/index.php>
- Coleman, J. (1990). *Foundations of social theory*. Cambridge, Reino Unido: Belknap Press.
- Coller, X., Edwards, T., y Rees, C. (1999). Difusión e isomorfismo en las organizaciones. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 86(99), 79-94.
- Congreso de los Diputados (2001). *Proposición no de Ley por la que se insta al Gobierno a promover un plan de calidad total del Sistema Nacional de Salud que incluya programas de acreditación de los centros sanitarios. (162/000189)*. Disponible en: http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Iniciativas/Busqueda%20Avanzada?_piref73_1335465_73_1335464_1335464.next_page=wc/servidorCGI&CMD=VERLST&BASE=IWI7&PIECE=IWI7&FMT=INITXD1S.fmt&FORM1=INITXLTS.fmt&DOCS=1-1&QUERY=%28%29.ACIN1.+%26+%28PLAN+DE+CALIDAD+TOTAL+DEL+SISTEMA+NACIONAL+DE+SALUD+%29.OBJE

- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2000). *Plan de calidad. Nuevas estrategias para la sanidad Andaluza*. Junta de Andalucía. Disponible en: <http://www.epes.es/wp-content/uploads/Plan-de-Calidad.pdf>
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2001). *I plan de calidad del sistema sanitario público de Andalucía 2000-2004. Informe Técnico: Modelo de gestión por competencias*. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_5_p_2_organizacion_de_la_investigacion/modelo_gestion/modelo_de_gestion.pdf
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2006). *II plan de calidad del sistema sanitario público de Andalucía 2005-2008. Caminando hacia la excelencia. Informe técnico*. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/II_plan_calidad/II_plan_calidad.pdf
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2009). *Plan funcional de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias: Emergencias/PlanFuncionalUrgEmerg/FondoPlanFuncionalDCCU*. Disponible en: <https://ws027.juntadeandalucia.es/contenidos/gestioncalidad/PlanAndUrgenciasEmergencias/PlanFuncionalUrgEmerg/FondoPlanFuncionalDCCU.pdf>
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2012). *III plan de calidad del sistema sanitario público de Andalucía 2010-2014. Informe técnico*. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_calidad_2010/plan_calidad_2010.pdf
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias (2003). *Estrategias de calidad para la administración sanitaria del Principado de Asturias (2003-2007). Informe técnico*. Disponible en: <https://www.asturias.es/Astursalud/Articulos/Institucional/Trabajamos%20por%20tu%20Salud/Planes%20y%20estrategias%20de%20actuaci%C3%B3n/Ficheros/estrategias.pdf>
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias (2013). *Plan asistencial de calidad y seguridad del paciente del Principado de Asturias 2013-2015. Informe técnico*. Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/Estrategias/Estrategia%20Cronicidad/P.E.%2020.%20Calidad%20y%20Seguridad%20en%20la%20asistencia%20sanitaria.pdf
- Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Familiar del Gobierno de Aragón (2012). *Plan de calidad 2011-2014. Informe técnico*. Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienesSocialFamilia/Sanidad/Documentos/Plan%20de%20Calidad%20del%20Departamento%20de%20Sanidad,%20Bienestar%20Social%20y%20Familia.pdf>
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2003). *Plan Integral de los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid. Informe técnico*. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/f053557d-e189-4259-88cb-764e98201db7/b912043d-3611-410d-a017->

e537624f2717/7df9aa2d-7797-4d7e-8524-4a87e118772d/plandecalidad27junio2002.pdf

- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2012). *Plan de promoción de la salud y prevención 2011-2013*. Informe técnico. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadertype=Content-disposition&blobheadertype=cadena&blobheadertype=filename%3DPlan-PromociondeSalud-Prevencion-2011-2013.pdf&blobheadertype=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352809820886&ssbinary=true>
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2014). *Plan integral de inspección de salud 2013-2015*. Informe técnico. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1156827010204&language=es&pagina=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156827010204
- Consejería de Sanidad del Gobierno de Castilla-La Mancha (2002). *Estrategias 20/20 de salud y bienestar social*. Informe técnico. Disponible en <http://www.adaceclm.org/DocumentosInteres/Documentosda%C3%B1ocerebral/Documents/ESTRATEGIA%2020-20%20SALUD%20Y%20BS.pdf>
- Consejería de Sanidad del Gobierno de Castilla-La Mancha (2004). *Plan de calidad sanitaria de Castilla-La Mancha 2004*. Informe técnico. Disponible en: <http://www.chospab.es/calidad/archivos/Planes/PlanCalidadSESCAM2004.pdf>
- Conselleria de Salut, Familia i Benestar Social del Govern de les Illes Balears (2009). *Plan estratégico IB-Salut 2008-2011*. Informe técnico. Disponible en: <http://ibsalut.es/ibsalut/documentospdf/esp/Planestrategicocastellano.pdf>
- Conselleria de Salut, Familia i Benestar Social del Govern de les Illes Balears (2012). *Plan IB-Salut promoción de la salud*. Informe técnico. Disponible en: <http://www.ibsalut.es/ibsalut/documentospdf/esp/plan.pdf>
- Conselleria de Sanidad (2001). *Plan de salud de la Comunidad Valenciana 2001-2004*. Informe técnico. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/153218/167779/iplandesaludcv0104.pdf>
- Conselleria de Sanidad (2009). *Plan de salud de la Comunidad Valenciana 2005-2009*. Informe técnico. Disponible en: <http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/ficheros/territoriales/valencia1.pdf>
- Conselleria de Sanidad (2011). *Plan de salud de la Comunidad Valenciana 2010-2013*. Informe técnico. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/153218/167779/III_Plan_de_Salud_10_13.pdf
- Coriat, B. (1992). *El taller y el cronómetro*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Cortes Generales (1978). *Constitución Española*. Referencia▶▶ BOE-A-1978-31229.
- Crawford, S., y Ostrom, E. (1995). A grammar of institutions. *The American Political Science Review*, 89(3), 582-600. Disponible en: <http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CD>

MQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.seep.ceu.hu%2Falpsa%2Freadings%2Fgr
 ammar.pdf&ei=U4BoUtPIHs2jhgflgoCwBg&usg=AFQjCNFYVLF-VKnZmxiz-
 qYV0NSJpmZ90A&sig2=cJ_ufvhdA0nxgctns5b2jw&bvm=bv.55123115,d.ZG4&
 cad=rja

- Criado, F., y Vázquez, A. (1999). *Manual de gestión de calidad. Aplicación al ámbito universitario*. Sevilla, España: Universidad de Sevilla.
- Crocker, L., y Algina, J. (1986). *Introduction to Classical and Modern Test Theory*. Nueva York, NY: CBS College Publishing.
- Crojethovic, M. (2012). El aspecto informal de las organizaciones públicas: instrumento de dominación y estrategia para el cambio. *Cuadernos del Cendes*, 29(79), 1-19.
- Cuba E. G., y Lincoln, Y.S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. En N.K. Denzin y Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Londres, Reino Unido: Sage.
- Daft, L. R., y Steers, R. M. (1992). *Organizaciones: el comportamiento de los individuos y grupos*. México DF, México: Limusa.
- Dahlgren, G., y Whitehead, M. (2011). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Estocolmo, Suecia: Institute for Future Studies.
- Dahrendorf, R. (1962). *Las clases sociales y su conflicto en la sociedad industrial*. Madrid, España: Rialp.
- Davis, J. (2007). Comparativa de tres modelos de gestión de calidad: EFQM, ISO, JCAHO. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 14(6), 304-308.
- Davis, K. (1997). *Comportamiento humano en el trabajo*. México DF, México: McGraw-Hill.
- Dawson, J. W. (2003). Causality in the freedom -growth relationship. *European Journal of Political Economy*, 19(3), 479-495.
- De Gaulejac, V. (2005). *La société malade de la gestion : idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. París, Francia: Seui
- De la Torre, F. (2000). *Relaciones humanas en el ámbito laboral*. México DF, México: Trillas.
- De Soto, H. (2000). *The mystery of capital: Why capitalism triumphs in the west and fails everywhere else*. Nueva York, NY: Basic Books.
- De Soto, H. (2002). *The other path: The economic answer to terrorism*. Nueva York, NY: Perseus Book Group.
- Delgado, J.A., Reeves, W., y Follett, R. (2006). Winter covers crops. En R. Lal (Ed.), *Encyclopedia of Soil Science* (pp. 1915-1917). Nueva York, NY: Marcel and Decker.
- Deming, W. E. (1993). *The new economics for industry, government, and education*. Boston, MA: MIT Press.

- Demsetz, H.(1967). Toward a theory of property rights. *The American Economic Review*, 57(2), 347-359.
- Denzin, N. K. (1990). Triangulation. En J. P. Keeves (Ed.), *Educational research, methodology, and measurement. An international handbook*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Departamento de Salud. Gobierno de Navarra (2000). *Plan de salud de Navarra 1991-2001*. Informe técnico. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Planes+y+programas/Planes+de+Salud+de+Navarra/Plan+de+Salud+de+Navarra+2014-2020.htm
- Departamento de Salud, Gobierno de Navarra (2002). *Plan de salud de Navarra 2001-2005*. Informe técnico. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Planes+y+programas/Planes+de+Salud+de+Navarra/Plan+de+Salud+de+Navarra+2001-2005.htm
- Departamento de Salud, Gobierno de Navarra (2006). *Plan de salud de Navarra 2006-2012*. Informe técnico. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Planes+y+programas/Plan+de+Salud+de+Navarra+2006-2012/
- Departamento de Salud, Gobierno de Navarra (2014). *Plan de salud de Navarra 2014-2020*. Informe técnico. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/E0566B9B-2D62-423D-9EA6-72DB748E390A/303761/PLANDESALUD20142020versionfinalParlamento.pdf>
- Descartes, R. (1964). *Principia philosophiae*. París, Francia: Adam-Tannery.
- Díaz Ojeda, E., Navarro, P., y Prados, S. (2005). Sistema nacional de salud. La retribución variable. *Revista de Administración Sanitaria*, 3(1), 205-35.
- Díez, E. J. (2001). *La cultura organizativa*. León, España: Universidad de León. Disponible en <http://www3.unileon.es/dp/ado/ENRIQUE/Doctorad/cultura.htm>
- Dimaggio, P., y Powell, W. (1991). *Introduction to the new institutionalism in organizational analysis*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Dunlop, J. (1978). *Sistema de relaciones industriales*. Barcelona, España: Península.
- Durkheim, E. (1979). *Las reglas del método sociológico*. Buenos Aires, Argentina: La Pleyade.
- Easterly, W., y Levine, R. (2003). Tropics, germs, and crops: How endowments influence economic development. *Journal of Monetary Economics*, 50(1), 3-39.
- Echebarria, K. (2004). Objetivar la gobernanza: funciones y metodología. Aproximación a la objetivación del análisis institucional a través de indicadores de gobernabilidad. *IX Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública*. Madrid, España.

- Echeverría, R. (1987). *El búho de Minerva: introducción a la filosofía moderna*. Santiago de Chile, Chile: JC Sáez Editor.
- Egger, M., Smith, G., y Altman, D. (2001). *Systematic reviews in health care. Meta-analysis in contex*. Bristol, Reino Unido: BMJ books. Disponible en <http://www.jameslindlibrary.org/egger-m-davey-smith-g-altman-dg-2001/>
- Estrada, F. (2008). Economía y racionalidad de las organizaciones. Las aportaciones de Herbert A. Simon. *Revista de Estudios Sociales*, 31, 84-103.
- Etzioni, A. (1965). *Modern organization*. Ciudad de México, México: U.T.E.H.A.
- European Foundation Quality Management (1999). *Modelo EFQM de Excelencia*. Madrid, España: Club Gestión de la Calidad.
- European Foundation Quality Management (2014). *Fundación Europea para la gestión de la calidad*. Disponible en <http://www.efqm.org>.
- EuskoJaurlaritza- Gobierno Vasco (2013). *Políticas de salud para Euskadi 2014-2020*. Disponible en <http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>
- Fantova, F. (2005). *Manual para la gestión de la intervención social, organizaciones y sistemas para la acción*. Madrid, España: CCS.
- Farias, P. (2007). *La comunicación en las organizaciones para la mejora de la productividad: el uso de los medios como fuente informativa en empresas e instituciones andaluzas*. Málaga, España: Universidad de Málaga, Servicio de Publicaciones.
- Farias, V. (2010). *Heidegger y su herencia. Los neonazis, el neofascismo y el fundamentalismo islámico*. Madrid, España: Tecnos (Grupo Anaya).
- Farmer, D. (1995). *The language of public administration*. Tuscaloosa, AL: The University of Alabama Press.
- Fayol, H. (1916). Administration industrielle et générale. *Bulletin de la Société de l'Industrie Minérale*, 10(3), 5-162.
- Fernández, R. (2010). *La productividad y el riesgo psicosocial o derivado de la organización del trabajo*. Alicante, España: Editorial Club Universitario.
- Fernández, M. (2009). *Pensadores sociales contemporáneos. Sociedad, política, comunicación, cultura y democracia*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones del Signo.
- Fernández Prados, J. S. (2000). *Sociología de los grupos escolares: sociometría y dinámica de grupos*. Almería, España: Universidad de Almería.
- Fleiss, J. L. (1986). *The design and analysis of clinical experiments*. Nueva York, NY: Wiley.
- Fleitas, S., Rius, A., Román, C., y Willebald, H. (2011). *Economic development and institutional quality in Uruguay: Contract enforcement, investment and growth since 1980*. Disponible en

http://www.academia.edu/859565/Economic_development_and_institutional_quality_in_Uruguay_contract_enforcement_investment_and_growth_since_1870

- Fox, C., y Miller, H. (1995). *Postmodern public administration*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Freudiger, S., Pittet, G., y Christen Guessaz, E. (2007). Convergence and divergence between institutional quality control and the well-being of residents in certified medicosocial nursing institutions. *Éthique & Santé*, 4(1), 4-11.
- Galego, P., Gutiérrez, A.M., Puime, P., López-Fernández, M. D., García-Quintans, A. y Castro, R. (2004). Calidad en el sistema sanitario de Galicia. *Revista de Calidad Asistencial*, 19(3), 169-176.
- Galofrélsart, A. (1997). *La modernización de las administraciones públicas. Guía breve de estrategias aplicadas*. Santiago de Compostela, España: Escuela Gallega de Administración Pública.
- Gantman, E. R., y Dabós, M. P. (2013). Finance, institutional quality and growth (1961-2005). *Revista de Economía Aplicada*, 21(61), 71-95.
- García, A., Moro, M. N., y Medina, M. (2010). Evaluation and dimensions that define the labor environment and job satisfaction in nursing staff. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(4), 207-214. doi: 10.1016/j.cali.2010.02.003
- García Ferrando, M., Alvira, F., Alonso, L. E. y Escobar, M. (2015). *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid, España: Alianza.
- Generalitat de Catalunya, Departamento de Salut (1996). *Plan de salud de Cataluña 1996-1998*. Informe técnico. Disponible en <http://www.gencat.es:8000/salut/depsalut/pdf/esplae1996.pdf>
- Generalitat de Catalunya, Departamento de Salut (2012). *Plan de salud de Cataluña 2011-2015*. Disponible en http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/pla_de_salut/documents/arxiu/plan_de_salud_catalunya_es.pdf
- George, D., y Mallery, P. (1995). *SPSS/PC+ step by step: A simple guide and reference*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.
- Giddens, A. (1994). *Sociología*. Madrid, España: Alianza.
- Glaeser E., La Porta, R., López de Silanes, F., y Shleifer, A. (2004). Do institutions cause growth? *Journal of Economic Growth*, 9(3), 271-303.
- Glaser, B. G. (1992). *Basics of grounded theory analysis: Emerge vs Forcing*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B. G., y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Nueva York, NY: Aldine Publishing.
- Gobierno de Canarias (1998). *I plan de salud de Canarias 1997-1999*. Informe técnico. Disponible en <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/1997/041/boc-1997-041-002.pdf>

- Gobierno de Canarias (2005). *II plan de salud de Canarias 2004-2008: más salud y mejores servicios*. Informe técnico. Disponible en <http://www.funcis.org/otri/normativa/plandesaluddecanarias04-08.pdf>
- Gobierno de Canarias (2014). *III plan de salud de Canarias 2015-2017: III plan de Salud de Canarias entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios*. Informe técnico. Disponible en http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/af545706-5b2e-11e3-a0f5-65699e4ff786/Borrador_Anteproyecto_III_Plan_Salud_Canarias.pdf
- Gobierno de La Rioja (2001). *I plan de salud de La Rioja 2000-2010*. Informe técnico. Disponible en <https://www.riojasalud.es/publicaciones/monograf%C3%ADas>
- Gobierno de La Rioja (2010). *II plan de salud de La Rioja 2009-2013*. Informe técnico. Disponible en https://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/2_plan_salud_la_rioja_2009-2013.pdf
- Gobierno de La Rioja (2015). *III plan de salud de La Rioja 2015-2019*. Informe técnico. Disponible en <http://www.riojasalud.es/f/rs/docs/3-plan-salud.pdf>
- Goetz, J. P., y Lecompte, M.D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación cualitativa*. Madrid, España: Morata.
- Gómez, C. A. (2004). Diseño, construcción y validación de un instrumento que evalúa clima organizacional en empresas colombianas, desde la teoría de respuesta a los ítems. *Acta Colombiana de Psicología*, 11, 97-113.
- Gómez Arboleya, J.(1998). *Sociología de los grupos profesionales*. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 83, 313-320.
- González J., y Buñuel, J.C. (2006). Búsqueda eficiente de las mejores pruebas científicas disponibles en la literatura: fuentes de información primarias y secundarias. *Evidencias en Pediatría*, 2: 12. Disponible en http://archivos.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/_LLP3k9qgzlh7aNQBiadwmdx6IPpWWZgUGqsqfckMneAVKogzvLrUaiXhiM01s-T-1iUWEMNqOkNhqZ9oYkOb8w
- Gouran, D. S., e Hirokawa, R. Y. (1983). The role of communication in decision-making groups: A functional perspective. En M. S. Mander (Ed.), *Communications in translation: Issues and debate in current research* (pp.168-185). Nueva York, NY: Preager.
- Gouran, D. S., e Hirokawa, R. Y. (1986). Counteractive functions of communication in effective group decision-making. En R. Y. Hirokawa y M. S. Poole (Eds.), *Communication and group decision-making* (pp 81-90). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gouran, D. S., e Hirokawa, R. Y. (1996). Functional theory and communication in decision-making and problem-solving groups: An expanded view. En R. Y. Hirokawa y M. S. Poole (Eds.), *Communication and group decision-making* (pp. 55-80). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Granell, E., Garaway, D., y Malpica, C. (1997). *Éxito gerencial y cultura*. Caracas, Venezuela: Ediciones IESA.
- Granovetter, M. (1985). Economic action and social structure: The problem of embeddedness. *American Journal of Sociology*, 91(3), 481-510.
- Greertz, C. J. (2001). *La interpretación de las culturas*. Barcelona, España: Gedisa.
- Greertz, C. J., y Marus, G.E. (1991). *Retóricas de la Antropología*. Madrid, España: Jucar.
- Grey, C., y Willmott, H. (2002). Contexts of CMS. *Organization*, 9(3), 411-418.
- Grönroos, C. (1983). *Strategic management and marketing in the service sector*. Boston, MA: Marketing Science Insitute.
- Gutiérrez, C. (1988). *La comunicación, función básica de las relaciones públicas*. México DF, México: Trillas.
- Hall, J. A. (1985). *Power and liberties: The causes and consequences of the rise of the west*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Hall, R. H. (1996). *Organizaciones: estructuras, procesos y resultados*. México DF, México: Prentice Hall.
- Hannan, M., y Fremman, J. (1977). The population ecology of organizations. *American Journal of Sociology*, 82(5), 929-963.
- Haskell, R. (2010). *Hermenéutica interpretación eficaz hoy*. Barcelona, España: Editorial Clie.
- Heidegger, M. (2003), *Ser y tiempo*. Madrid, España: Editorial Trota.
- Herrera, M., y Jaime Castillo, A. M. (2004). Generación y transformación de las instituciones sociales: los procesos morfoestáticos y los procesos morfogenéticos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 107, 48-87.
- Hersey, P., Blanchard, K., y Johnson, D. (2001). *Management of organizational behavior: Leading human resources*. Upper Saddler River, NJ: Prentice Hall.
- Herzberg, F. (1966). *Work and the nature of man*. Cleveland, OH: Worlds Publishing Company.
- Hodgson, G. M. (2006). What are institutions? *Journal of Economic Issues*, 40(1), 109-143.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences: International differences in work related values*. Beverly Hills (CA): Sage.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences: International differences in work-related values*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Hofstede, G. (1999). *Culturas y organizaciones: el software mental*. Madrid, España: Alianza Editorial.

- Holgado, F. P., y Chacón, S. (2002). *Evaluación institucional: alternativas metodológicas para la delimitación y mejora de la calidad universitaria*. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla, Sevilla, España.
- Holgado, F.P., Chacón, S., Sanduvete, S., y Pérez-Gil, J.A. (2016). A Simulation Study of Threats to Validity in Quasi-Experimental Designs: Interrelationship between Design, Measurement, and Analysis. *Frontiers in psychology*, 7. Disponible en: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2016.00897/full>.
- Holgado, F. P., Chacón, S., Vila-Abad, E., Sanduvete, S., y Barbero, M. I. (2015). Evaluación de programas de formación continua en contextos no estandarizados: complementariedad entre Análisis Factorial y Multinivel para la obtención de evidencias de validez de constructo. *Anales de Psicología*, 31(2), 725-732.
- Holgado, F.P., Lara, A., Chacón, S., y Pérez-Gil, J.A. (2001). Evaluación de la calidad universitaria: validez de contenido. *Psicothema*, 13(2),294-301. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/451.pdf>
- Huici Casal, C. (1989). *Estructura y procesos de grupo*. Madrid, España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Ibáñez, J. (1985a). *Del algoritmo al sujeto. Perspectivas de la investigación social*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Ibáñez, J. (1985b). Las medidas en la sociedad. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 29, 29-85.
- Ibáñez, J. (1986). Más allá de la sociología: el grupo de discusión. Madrid, España: Siglo XXI.
- Icart, I. B., y Baltar. F. (2010). Endogenous development, institutional quality and innovation. A review of theory and some of its limitations. *Reforma y Democracia*, 48, 115-148.
- Ignacio García, E., (2007). *Validación de un modelo para la calidad asistencias en los hospitales*. Tesis doctoral. Cádiz, España: Universidad de Cádiz. Disponible en: <http://minerva.uca.es/publicaciones/asp/docs/tesis/ignaciogarcia.pdf>
- Inglehart, R. F. (2003). *Culture and social change: Findings from the value surveys*. Leiden, Holanda: Brill Academic Publishers.
- Inglehart, R. F., Basanez, M., Diez-Medrano, J., Halman, L., y Luijkx, R. (2004). *Human beliefs and values: A cross-cultural sourcebook based on the 1999-2002 value surveys*. México DF, México: Siglo XXI.
- Inglehart, R. F., y Welzel, C. (2005). *Modernization, cultural change, and democracy: The human development sequence*. Nueva York, NY: Cambridge University Press.
- Inglehart, R. F., y Welzel, C. (2010). Changing mass priorities: The link between modernization and democracy. *Perspectives on Politics*, 8(2), 551-567.
- Ishikawa, K. (1985). *¿Qué es el control total de calidad?* Bogotá, Colombia: Norma.

- Islam, R., y Montenegro, C. E. (2002). *What determines the quality of institutions? Background paper for the world. Development Report 2002: Building Institutions for Markets*. Disponible en: <http://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/1813-9450-2764>.
- Jefatura del Estado (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de sanidad*. Referencia: BOE-A-1986-10499.
- Jefatura del Estado (1992). *Ley Orgánica 9/1992, de 23 de diciembre, de transferencia de competencias a Comunidades Autónomas que accedieron a la autonomía por la vía del artículo 143 de la Constitución*. Referencia: BOE-A-1992-28426.
- Jefatura del Estado (2001). *Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía*. Referencia: BOE-A-2001-24962.
- Jefatura de Estado (2003). *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Referencia: BOE-A-2003-10715
- Jepperson, R. L. (1991). Institutions, institutional effects, and institutionalism. En W. W. Powell y P. J. DiMaggio, *The new institutionalism in organizational analysis* (pp. 143–163). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Jones, E. L. (1981). *The European miracle: Environments, economies and geopolitics in the history of Europe and Asia*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Jöreskog, K. G. (2003). *Factor analysis by MINRES. To the memory of Harry Harman and Henry Kaiser*. Disponible en: <http://www.ssicentral.com/lisrel/techdocs/minres.pdf>
- Juarez Adauta, S. (2012). Clima organizacional y satisfacción laboral. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 3, 307-314.
- Junta de Andalucía (2002). *Acuerdos de gestión clínica para unidades de atención primaria y hospitalaria de 2003 y 2007*. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/247/html/ANEXOVI.pdf>
- Junta de Andalucía (2010). *El programa de acreditación de unidades de gestión clínica (2010). Informe técnico*. Disponible en: <http://es.slideshare.net/ugcandalucia/programa-de-acreditacion-de-unidades-de-gestion-clinica-me5105>
- Junta de Castilla y León (1993). *I plan de salud de Castilla y León. Informe Técnico*. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iii-plan-salud-castilla-leon>
- Junta de Castilla y León (1997). *II plan de salud de Castilla y León. Informe Técnico*. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iii-plan-salud-castilla-leon>

- Junta de Castilla y León (2010). *III plan de salud de Castilla y León*. Informe Técnico. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iii-plan-salud-castilla-leon>
- Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad (2013). *Borrador del IV plan de salud de Castilla y León*. Informe Técnico. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iii-plan-salud-castilla-leon>
- Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Consumo (2006). *I plan marco de calidad. Sistema sanitario público extremeño*. Informe técnico. Disponible en: <http://www.saludextremadura.com/documents/19231/41137/IPM.pdf>
- Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Consumo (2010). *Plan estratégico de calidad del sistema sanitario público extremeño*. Informe técnico. Disponible en: <http://saludextremadura.gobex.es/estrategiasplanes>
- Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Consumo (2014). *Plan de salud de Extremadura 2013-2020. Sistema sanitario público extremeño*. Informe técnico. Disponible en: https://saludextremadura.gobex.es/c/document_library/get_file?uuid=f44d486b-c253-4807-bc37-ade1b464b155&groupId=19231
- Juran, J. M. (1974). *Quality control handbook*. México DF, México: McGraw-Hill.
- Juran, J. M. (1990a). *Juran y el liderazgo para la calidad. Un manual para directivos*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Juran, J. M. (1990b). *Juran y la planificación para la calidad*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Juran, J. M. (1995). Por qué fracasan las iniciativas de la calidad. *Harvard Deusto Business Review*, 63, 58-62.
- Kaplan, R. S., y Norton, D. P. (1992). The balanced scorecard – Measures that drive performance. *Harvard Business Review*, (January – February), 71-79.
- Kast, F. E., y Rosenzweig, J. E. (1976). *Contingency views of organization and management*. Chicago, IL: Science Research Associates.
- Kast, F. E., y Rosenzweig, J. E. (1992). *Administración en las organizaciones*. México DF, México: McGraw-Hill.
- Katz, D., y Kah, R. L. (1993). *Psicología Social de la Organizaciones*. México DF, México: Trillas.
- Kaufmann, D., y Kraay, A. (2002). Growth without Governance. *Economía*, 3(1), 169-229.
- Kaufmann, D., Kraay, A., y Mastruzzi M. (2007). Governance matters VI: Governance indicators for 1996-2006. *World Bank Policy Research Working Paper Series*, 4280, 1-93.

- Kaufmann, D., Kraay, A., y Zoido-Lobato, P. (1999a). Aggregating governance indicators. *World Bank Policy Research Working Paper Series*, 2195. Disponible en: <http://www.worldbank.org/wbi/governance/pubs/aggindicators.html>
- Kaufmann, D., Kraay, A., y Zoido-Lobato, P. (1999b). Governance matters. *World Bank Policy Research Working Paper Series*, 2196. Disponible en http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=188568
- Kendall, J. (1999). Axial coding and the grounded theory controversy. *Journal of Nursing Research*, 21(6), 743-757.
- Kettner, P., Moroney, R., y Lawrence, L. (1990). *Designing and managing programs: An effectiveness-based approach*. Londres, Reino Unido: SAGE Publicatios.
- Kish, L. (1995). *Diseño estadístico para la investigación*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Knack, S., y Keefer, P. (1995). Institutions and economic performance: Cross-country tests using alternative institutional measures. *Economics and Politics*, 7(3), 207-227.
- Knack, S., y Keefer, P. (1997). Does social capital have an economic payoff? A cross-country investigation. *Economics and Politics*, 7(3), 207-227.
- Knight, J. (1992). *Institutions and social conflict*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Kouzes, J., y Posner, B. (1987). *The leadership challenge: How to get extraordinary things done in organizations*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Krause, M. (2008). *Índice de calidad Institucional 2008*. Londres, Reino Unido: International Policity Press.
- Krause, M. (2009). *Índice de calidad Institucional 2009*. Londres, Reino Unido: International Policity Press.
- Krause, M. (2011). *Índice de calidad Institucional 2011*. Londres, Reino Unido: International Policity Press.
- Krause, M. (2013). *Índice de calidad Institucional 2013*. Londres, Reino Unido: International Policity Press.
- Kravitz, D. A., y Martin, B. (1986). Ringelmann rediscovered: The original article. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 936-941.
- Krippendorff, K. (1980). *Content analysis: An introduction to its methodology*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Krippendorff, K. (2004). Reliability in content analysis: Some common misconceptions and recommendations. *Human Communication Research*, 30(3), 411-433.
- La Porta, R. I. F., Lopez-de-Silanes, A., Sheifer, R., y Vishny, R. (1999). The quality of government. *Journal of Law, Economics and Organization*, 87(2), 333-338.

- Landes, D. S. (1998). *The wealth and poverty of nations: Why some are so rich, and some so poor*. Nueva York, NY: W. W. Norton.
- Landis, J. R., y Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Langlois, R. (2003). Cognitive comparative advantage and the organization of work: Lessons from Herbert Simon's vision of the future. *Journal of Economic Psychology*, 24(2), 167-187.
- Latour, B. (1987). *Science in action*. Milton Keynes, Reino Unido: Open University Press.
- Law, J. (1994). *Organizing modernity*. Oxford, Reino Unido: Blackwell.
- Lawler, E. (1973). *Motivation in work organization*. Monterrey, México: Brooks-Cole.
- Lawrence, P. R., y Lorsch, J. W. (1967). Differentiation and integration in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 12(1), 1-30.
- Lazarsfeld, P. (1973). De los conceptos a los índices empíricos. En R. Boudon y P. Lazarsfeld, *Metodología de las ciencias sociales* (pp. 35-46). Barcelona, España: Ed. Laia.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: Selected theoretical papers*. Nueva York, NY: Harper & Row.
- Lewin, K., Lippitt, R., y White R. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created 'social climates'. *The Journal of Social Psychology*, 10, 271-299.
- Likert, R. L. (1961). *New patterns of management*. Nueva York, NY: McGraw-Hill.
- Likert, R. L. (1967). *The human organization: Its management and value*. Nueva York, NY: McGraw-Hill.
- Lippitt, R., y White, R. (1943). The 'social climate' of children's groups. En R. G. Barker, J. Kounin y H. Wright (Eds.), *Child Behavior and development* (pp. 485-508). Nueva York, NY: McGraw-Hill.
- Litwin, G., y Stringer, R. (1999). *Motivation and organizational climate*. Boston, MA: Harvard University Press.
- Llamas Sánchez, R. (2005). *Un análisis institucional de la implantación de la agenda local 21 por los ayuntamientos españoles*. Tesis doctoral. Granada, España: Editorial de la Universidad de Granada.
- Locke, E. A. (1968). Towards a theory of task motivation and incentives. *Organizational Behavior and Human Performance*, 3, 157-189.
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. En L. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297-1349). Chicago, IL: Rand McNally College Ed.

- Locke, E. A., y Latham, G. P. (1984). *Goal setting: A motivational technique that Works*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lozano, J.A., Chacón, S., Sanduvete, S., y Pérez-Gil, J.A. (2013). Main components of organizational climate in an emergency medical service: Acualitative approach. *Acción psicológica*, 10(2), 101-114.
- Lozano, J.A., Pérez-Gil, J. A., Sanduvete, S., Sánchez, M., y Chacón, S. (2009). Calidad Institucional: Una aproximación teórico-conceptual a través de un estudio bibliométrico. *XI Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud* (Málaga, España).
- Lucas, A. (1981). Una aproximación sociológica al estudio de la satisfacción en el trabajo en la provincia de Santander. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 13(81), 65-100.
- Lucas, A., y García, P. (2002). *Sociología de las organizaciones*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Luhmann, N. (1991). *Sistemas sociales. Lineamientos para una teoría general*. Madrid, España: Alianza.
- Maderuelo Fernández, J.A. (2002). Gestión de la calidad total. El modelo EFQM de excelencia. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 12(10), 631-640.
- March, J. G., y Simon, H. A. (1981). *Teoría de la organización*. Barcelona: Ariel.
- Marcos-Ortega, M., y Revilla Ramos, F. (2004). Situación actual de la calidad asistencial en España: política de calidad en la sanidad de Castilla y León. *Calidad Asistencial*, 19(3), 128-141.
- Martín, M.L. (2007). *Análisis histórico y conceptual de las relaciones entre la inteligencia y la razón*. Tesis doctoral. Málaga, España: Universidad de Málaga. Departamento de Psicología Básica. Disponible en: <http://www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/1685391x.pdf>
- Martín, P. (1998). *La comunicación al interior de las organizaciones: un factor clave en su desarrollo estratégico*. Disponible en: <http://www.rppnet.com.ar/comunicacion%20interna.htm>
- Martínez, B. (2008). Calidad ¿Qué es el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management)? *Anales de Pediatría Continuada*, 6(5), 313-318.
- Martínez, M. (1993). *El paradigma emergente. Hacia una nueva teoría de la racionalidad científica*. Barcelona, España: Gedisa.
- Martínez, M. (1994). *La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico-práctico*. México DF, México: Trillas.
- Martínez, M. (1999). *La nueva ciencia. Su desafío, lógica y método*. México DF, México: Trillas.

- Martínez, M. (2002). La etnometodología. En M. Martínez (Ed.), *La etnometodología y el interaccionismo simbólico. Sus aspectos metodológicos específicos*. Disponible en <http://prof.usb.ve/miguelm/laetnometodologia.htm>
- Martínez-Arias, M. R. (1995). *Psicometría: teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid, España: Síntesis.
- Maruyama, G.M. (1998). *The basics of structural equation modeling*. Londres, Reino Unido: Sage.
- Marx, T. (2010). *Las ciencias sociales ¿Condenadas a la especulación siempre?* San Cristóbal de La Laguna, España: Universidad de La Laguna.
- Maslow, A. (1973). *El hombre autorrealizado*. Barcelona, España: Kairós.
- Mathieu, J.E. y Zajac, D.M. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, 108(2), 171-194.
- Mauro, P. (1995). Corruption and growth. *Quarterly Journal of Economics*, 110(3), 681-712.
- Mayntz, R. (1972). *La sociedad organizada*. Madrid, España: Alianza.
- Mayntz, R. (1980). *Sociología de las organizaciones*. Madrid, España: Alianza.
- Mayo, E. (1972). *The psychology of Pierre Janet*. Westport, CT: Greenwood Press.
- McCallum, T. (1994). A reconsideration of the uncovered interest parity relationship. *Journal of Monetary Economics*, 33, 105-32.
- McGregor, D. (1960). *El aspecto humano de las organizaciones*. Madrid, España: Mcgraw-Hill. Disponible en https://isabelportoperez.files.wordpress.com/2011/11/direcccic3b3n_x_y.pdf
- McSwite, O. C. (1997). The perils of nostalgia in the present crisis of modernism. *Human Relations*, 50, 957-66.
- Mead, G. H. (1972). *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Meek, V. L. (1988). Organization culture: Origins and weaknesses. *Organization Studies*, 9(4), 453-473.
- Mejía, J. (2002). Perspectiva de la investigación social de segundo orden. *Revista Cinta de Moevio*, 4, 17-25.
- Merkel-Davies, D. M., y Brennan, N. M. (2010, julio). 'Homo economicus', 'homo socialis', 'homo fabulans' and 'homo publicus': Conceptualising impression management in corporate reporting. *6th Asia-Pacific Interdisciplinary Research in Accounting Conference (APIRA)*, Sydney, Australia. Disponible en: <http://www.techrepublic.com/whitepapers/homo-economicus-homo-socialis-homo-fabulans-and-homo-publicus-conceptualising-impression-management/2938815>
- Merton, R. (1968). *Teoría y estructura sociales*. México DF, México: F. C. E.

- Messick, S. (1989). Validity. In R. L. Linn (Ed.), *Educational measurement* (pp. 13-103). Nueva York, NY: Macmillan.
- Meyer, J., y Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *The American Journal of Sociology*, 83(2), 340-363.
- Miller, D., y Friesen, P. H. (1984). *Organization; organizational change*. Nueva York: Prentice-Hall.
- Miller, D., y Friesen, P. H. (1993). Strategy-making and environment: The third link. *Strategic Management Journal*, 4, 221-235.
- Ministerio de Salud de Perú (2009). *Metodología para el estudio del clima organizacional. Documento técnico*. Lima, Perú: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2008). *Informe anual del sistema nacional de salud de 2008, Castilla y La Mancha*. Informe técnico. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2008/informeAnualSNS2008.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2008). *Informe anual del sistema nacional de salud de 2008, INGESA*. Informe técnico. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2008/CeutaMelillaSNS2008.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Plan de calidad para el sistema nacional de salud*. Informe balance de actividades y acciones previstas. Disponible en http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad_ESP.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Informe anual del sistema nacional de salud de 2010, Castilla-La Mancha*. Informe técnico. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/infSNS2012.pdf>
- Molina Garrido, M.C. (2004). *Análisis del proceso de descentralización de la asistencia sanitaria a las comunidades autónomas de régimen común: implicaciones del nuevo modelo de financiación autonómica*. Tesis doctoral. Málaga, España: Universidad de Málaga.
- Montoya, S. (2005). *¿Algo se podrá hacer no?* Madrid, España: Creating links & Advances Services.
- Moos, R. H., e Insel, P. M. (1974). *The Work Environment Scale*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Morales Navarro, J., y Abad Márquez, L. V. (1996). *Sociología*. Madrid, España: Tecnos.
- Morales, M. (2009). *El éxito empresarial es cuestión de la cultura de la organización, de modas administrativas, modelos productivos o de la implementación de un programa de calidad total*. Santa Fe, Argentina: El Cid Editor.

- Morata, M.A., Holgado, F.P., Barbero, M.I., y Méndez G. (2015). Recomendaciones sobre mínimos cuadrados no ponderados en función del error Tipo I de Ji-Cuadrado y RMSEA. *Acción Psicológica*, 12(1), 79-90. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/14362>
- Moran, E. T., y Volkwein, F. (1992). The cultural approach to the formation of organizational climate. *Human Relations*, 45, 19-47.
- Moreno, J. L. (1961). *Fundamentos de la sociometría*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Londres, Reino Unido: Sage.
- Morín, E. (1996). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, España: Gedisa.
- Moufee, C. (1999). *El retorno de lo político*. Barcelona, España: Paidós.
- Muñiz, J., y Fonseca-Pedrero, E. (2008). Construcción de instrumentos de medida para la evaluación universitaria. *Revista de investigación en educación*, 5, 13-25.
- Muñoz-Seco, E., Coll. Benejam, M., Torrent-Quetglas, M., y Linares-Pou, L. (2006). Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Atención Primaria*, 37(4), 209-214. doi:10.1157/13085951
- Navarrete, M. (2002). Perspectiva de la investigación social de segundo orden. *Revista Cinta de Moebio*, 14, 200-225.
- Neuendorf, K. A. (2002). *The content analysis guidebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Noboa, A. (2007). *Especificaciones del clima organizacional en las instituciones de salud*. Macau, China: Universidad de la República de Uruguay.
- Norris, P., e Inglehart, R. F. (2009). *Cosmopolitan communications: Cultural diversity in a globalized world*. Nueva York, NY: Cambridge University Press.
- Norris, P., e Inglehart, R. F. (2012). Measuring effective democracy: A defense. *International Political Science Review*, 33(1), 41-62.
- North, D. (1981). *Structure and change in economic history*. Nueva York; NY: W.W. Norton.
- North, D. (1990). *Institutions, institutional change and economic performance*. Nueva York, NY: Cambridge University Press.
- North, D., y Thomas, R. P. (1973). *The rise of the western world: A new economic history*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Olabuenaga, J. I. (2003). *Técnicas de triangulación y control de calidad en la investigación socioeducativa. Proyecto de Calidad integrado*. Bilbao, España: Ediciones Mensajero.
- Olabuenaga, J. I. (2008). *Sociología de las organizaciones complejas*. Bilbao: Universidad de Deusto.

- Olabuenaga, J.I. (2012). *Metodología de investigación cualitativa*. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Olson, M. (1982). *The rise and decline of nations*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Olson, M. (2000). *Poder y prosperidad: la superación de las dictaduras comunistas y capitalistas*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Ortí, A. (1986). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta y la discusión de grupo. En M. García, J. Ibáñez y F. Alvira (Eds.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 171- 203). Madrid, España: Alianza.
- Ortí, A. (1994). La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social. En J. Delgado y J. Gutiérrez (Eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en las ciencias sociales* (pp. 92-95). Madrid, España: Síntesis.
- Ortíz-Gómez, T., Birriel-Salcedo J., y Ortega del Olmo, R. (2004). Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 18, 189-194.
- Ortún, V. (1998). Gestión Sanitaria y Calidad. *XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*. Santander, España.
- Osterlind, S.J. (1989). *Constructing test items*. Boston, MA: Kluwer Academic Publishers.
- Ouchi, W. (1981). *Theory Z: How American business can meet the Japanese challenge*. Nueva York, NY: Avon Books.
- Palomo, M.T. (2010). *Liderazgo y motivación en los equipos de trabajo*. Madrid, España: Ediciones ESIC. Disponible en: https://books.google.es/books?id=_9g_Zlehq0QC&pg=PA100&dq=la+teor%C3%ADa+de+McGregor&hl=es&sa=X&ved=0CB8Q6AEwAGoVChMI_IvuhO_fyAlVBI0UCh1I8wVe#v=onepage&q=la%20teor%C3%ADa%20de%20McGregor&f=false
- Parsons, T. (1960). *Structure and process in modern societies*. Nueva York, NY: John Wiley.
- Pastó, J. A., y Esteban, G. F. (2008). The determinants of the institutional quality of countries. *Revista de Economía Aplicada*, 16(46), 119-144.
- Payne, R. L., y Mansfield, R. (1978). Correlates of individual perceptions of organizational climate. *Journal of Occupational Psychology*, 51, 209-218.
- Pellegrini, L., y Gerlasgh, R. (2005). Corruption, democracy and environment policy. An empirical contribution to the debate. *The Journal of Environment Development*, 15(3), 332-354.
- Pennock, G. A. (1924). Industrial research at Hawthorne. An experimental investigation of rest period, working conditions and other influences. En A.

- Lucas Martín y P. García Ruíz (Eds.), *Sociología de las organizaciones* (pp. 299). México DF, México: McGraw-Hill.
- Pérez Gálvez, J.F. (2007). Salud, sanidad y farmacia en el nuevo estatuto de autonomía de Andalucía. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, 29,14-21.
- Pérez-Gil, J. A., Chacón, S., Holgado, F. P., Sanduvete, S., Lozano, J. A., Sánchez, M., y Muñoz, N. (2009). Validez de contenido: índice de Osterlind restringido. Una propuesta de modificación para el cálculo de la adecuación de los ítems de un test. *XI Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud*. Málaga, España.
- Pérez-Gil, J.A., Chacón, S., y Moreno R. (2000). Validez de constructo: el uso del análisis factorial exploratorio y confirmatorio para obtener evidencias de validez de contenido. *Psicothema*, 2, 442-446.
- Pérez-Gil, J. A., Chacón, S., Sanduvete, S., Lozano, J. A., Holgado, F. P. y Barbero, M. I. (2008). Qualitative and quantitative methodology: A multi-method approach to study construct validity of a training satisfaction questionnaire. *III European Congress of Methodology*. Oviedo, España.
- Pérez-Hernández, A. (2011). *Diseño de un procedimiento para diagnosticar la cultura organizacional con un enfoque hacia la gestión de la calidad total en la empresa de servicios especializada DELTA*. La Habana, Cuba: Instituto Superior Politécnico José Antonio Echeverría, CUJAE.
- Pérez Rubio, J. A. (1997). Motivación y satisfacción laboral: retrospectiva sobre sus formas de análisis. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 80(97), 133-167.
- Pérez Rubio, J. A., y Robina, R. (2003). Aproximación a la satisfacción laboral de los empleados públicos: el caso de Extremadura. *XIII Jornadas Hispanolusas de Gestión Científica*. Málaga, España. Disponible en: http://www.ti.usc.es/lugo-xiii-hispano-lusas/pdf/02_RRHH/07_perez_robina.pdf
- Perrán, J. (2001). *La culminación del proceso de descentralización en la sanidad española. El Sistema Nacional de salud tras el cierre de las transferencias y la aplicación del nuevo sistema de financiación*. Informe comunidades autónomas. 651-696. Disponible en: http://idpbarcelona.net/docs/public/iccaa/2001/2_parte/sanidadespaola.pdf
- Perrow, C. (1992). Una sociedad de organizaciones. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 59(92), 19-55.
- Perry, C., LeMay, N., Rodway, G., Tracy, A., y Galer J. (2005). Validating a work group climate assessment tool for improving the performance of public health organizations. *Human Resources for Health*, 3(10), 3-10.
- Petty, M. M., McGee, G. W., y Cavender, J. W. (1984). A meta-analysis of the relationships between individual job satisfaction and individual performance. *Academy of Management Review*, 9, 712-721.

- Pfeffer, J., y Salancik, G. R. (1978). *The external control of organizations: A resource dependence perspective*. Nueva York, NY: Harper and Row.
- Piaget, J., Lazarsfeld, P., y Mackenzie J.W. (1982). *Tendencias de la investigación en las ciencias sociales*. Madrid, España: Alianza.
- Pizarro, V. (2004). *Organizaciones sanitarias integradas en países con distintos sistemas de salud*. Tesina de Master. Barcelona, España: Universitat Pompeu Fabra.
- Pizarro, V., Vázquez, M. L., y Vargas, I.(2004). Organizaciones sanitarias integradas en países con distintos sistemas de salud. *Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud*. El Escorial, España.
- Ponce Rosas, E.R., Gómez Clavelina, F.J., Terán Trillo, M., Irigoyen Coria A. E., y Landgrave Ibáñez, S. (2000). Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Atención Primaria*, 30(10), 624-630.
- Poole, M. S., Seibold, D. R., y McPhee, R. D. (1996). The structuration of group decisions. En R. Y. Hirokawa y M. S. Poole (Eds.), *Communication and group decision making* (pp. 114-146). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Popper, K. (1959). *The logic of scientific discovery*. Londres, Reino Unido: Taylor y Francis.
- Portell, M., Anguera, M.T., Chacón, S., y Sanduvete, S. (2015). Guidelines for reporting evaluations based on observational methodology. *Psicothema*, 27 (3), 283-289. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/4265.pdf>
- Porter, L., Steers, R., Mowday, R., y Boulian, P. (1974). Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59, 603-609.
- Powell, W., y Dimaggio, P. (1999). *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*. Chicago: Fondo de Cultura Económica.
- Prieto, G., y Muñiz, J. (2000), Un modelo para evaluar la calidad de los test utilizados en España. *Papeles del psicólogo*, 77, 65-75. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77807709>
- Pujadas, J. (1992). *El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Putnam, R. (1993). The prosperous community: Social capital and public life. *The American Prospect*, 13, 35-42.
- Quinn, R., y McGrath, M. R. (1992). The transformation of organizational cultures: A competing values perspective. En P. J. Frost, L. F. Moore, M. R. Louise, C. C. Lundberg y J. Martin (Eds.), *Organizational culture* (pp. 315-334). Newbury Park, CA: Sage.

- Raedeke, T.D., Arce, C., De Francisco, C., Gloria Seoane, G., y Ferraces, M. J. (2013). The Construct Validity of the Spanish Version of the ABQ using a Multi-Trait/Multi-Method Approach. *Anales de psicología*, 29 (3),2013, 693-700. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4386840>
- Ramos López, A. (2003). *Mujeres y liderazgo. Una nueva forma de dirigir*. Valencia, España: Universidad de Valencia, Servicio de Publicaciones.
- Reboloso, E., Fernández-Ramírez, B., y Cantón, P. (2002). Criterios de calidad ambiental para la evaluación de aulas universitarias. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, 3(1), 35-62. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=638368>.
- Reina, L. (2012). Institutional designs that promote participation but restrict the political impact of organizations of displaced population. *Análisis político*, 27(76), 41-57.
- Reinoso, C. (1991). *El surgimiento de la antropología posmoderna*. Barcelona, España: Gedisa.
- Revilla, J. C., y Tovar, F. J. (2011). El control organizacional en el siglo XXI: en busca del trabajador autodisciplinado. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 135, 47-68. Disponible en: http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_135_031310381421100.pdf.
- Rico Menéndez, J. (2001). Evolución del concepto calidad. *Revista española de trasplantes*, 10(3), 169-175.
- Rigobon, R., y Rodrik, D. (2004). Rule of law, democracy, openness, and income: estimating the interrelationships. *Economic of transition*, 13(3), 533-564.
- Ritzer, G. (2007). *Teoría sociológica moderna*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Rodríguez Fernández, A. (1995). *Los recursos humanos en las administraciones públicas*. Madrid, España: Tecnos.
- Rodrik, D., Subramanian A., y Trebbi, F. (2002). Institutions rule: The rimacy of institutions over geography and integration in economic development. *National Bureau of Economic Research*, 9305, 1- 44. Disopible en: <http://www.nber.org/papers/w9305.pdf>.
- Rojas M., Tirado, L.L., Pacheco, R. L., Escamilla, R., y López, M. (2011). Work climate in Mexican hemodialysis units. A crosssectional study. *Nefrología*, 21(1), 76-83.
- Roldán, P., Vargas, C.R., Giraldo, C.P., Valencia, G.E., García, C.L. y Salamanca, L. M. (2014). Evaluación de la calidad en la atención en salud. Un estudio de caso. *Colombia médica*. 32(1), 14-18. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/283/28332104.pdf>.
- Roll, R., y Talbott, J. (2003). Political freedom, economic liberty and prosperity. *Journal of Democracy*, 14(3), 75-89.
- Rorty, R. (1990). *El giro lingüístico*. Barcelona, España: Paidós.

- Rosenberg, N., y Birdzell, L.E., (1986). *How the west grew rich: The economic transformation of the industrial world*. New York: Basic Books.
- Rovira, E., y López A. (2004). *Enfermería en urgencias. Una visión global*. Alcalá de Guadaíra, España: MAD.
- Rozas, P., y Sánchez, R. (2005). *Desarrollo de infraestructura y crecimiento económico: revisión conceptual*. Santiago de Chile, Chile: Publicación de las Naciones Unidas.
- Rusque, A. (1999). *De la diversidad a la unidad en la investigación cualitativa*. Caracas, Venezuela: FACES/UCV.
- Salazar, J.G., Guerrero, J.C., Machado, Y.B., y Cañedo, R. (2009). Clima y cultura organizacional: dos componentes esenciales en la productividad laboral. *ACIMED*, 20(4), 67-75.
- Salgado, J., Remeseiro, C., e Iglesias, M. (1996). Clima organizacional y satisfacción laboral en una PYME, *Psicothema*, 8, 329-335.
- Sánchez, E., Darpón, J., Garay, J., Letona, J., González, R., y Pérez, M.J. (2004). Política de calidad en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. *Revista de Calidad Asistencial*, 19(3), 189-99. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-politica-calidad-osakidetza-servicio-vasco-salud-13061950>.
- Sánchez, F.I., Abellán, J.M., y Oliva, J. (2014). *La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis de mal gobierno*. Informe SEPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(1), 74-80.
- Sandoval, C.C. (2007). Investigación cualitativa. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26(2), 71.
- Sanduvete, S.(2008). *Innovaciones metodológicas en la evaluación de la formación continua*. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla, Sevilla, España.
- Sanduvete, S., Chacón, S., Sánchez, M., y Pérez-Gil, J.A. (2013). The revised osterlind index. A comparative analysis in content validity studies. *Acción Psicológica*, 10(2), 3-10.
- Schein, E. H. (1978). *Career dynamics: Matching individual and organizational needs*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Schein, E. H. (1985). Coming to a new awareness of organizational culture. *Sloan Management Review*, 25, 3-16.
- Schütz, A. (1977). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Schwartz, S. (1994). Are there universal aspects in the structure and contents of human values? *Journal of Social Issues*, 50, 19-45.

- Scott, W.R. (1994). Institution and organizations: Toward a theoretical synthesis. In W. R. Scott y J. Meyer (Eds.). *Institutional environments and organizations: Structural complexity and individualism* (pp. 55-80). Thousand Oaks: Sage.
- Scott, W.R. (1995). *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks, C.A: Sage.
- Scott, W.R., Meyer J., y Granovetter M. (1994). *Institutional environments and organizations: Structural Complexity and Individualism*. Thousand Oaks, C.A; Sage.
- Scully, G. W. (1988). The institutional framework and economic development. *Journal of Political Economy*, 96(3), 652–62.
- Selznick, P. (1957). *Leadership in Administration*. Berkeley, Los Angeles and London: University of California Pres
- Selznick, P. (1996). Institutionalism “old” and “new”. *Administrative Science Quarterly*, 4(2), 270-277.
- Servicio Andaluz de Salud (2012). *Manual de protocolos asistenciales. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias*. Sevilla, España: Junta de Andalucía.
- Servicio Andaluz de Salud (2015). *Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias*. Sevilla, España: Junta de Andalucía. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=pr_ges_cal_PlanAndUrgEmerg
- Servicio Vasco de Salud (2001). *Plan de Calidad 2003-2007*. Estrategias de mejora. 1-31. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/calidad/planCalidad.pdf.
- Servicio Vasco de Salud (2013). *Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020*. 1-132. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/plan_salud_2013_2020.pdf.
- Setién, M. L. (1993) *Indicadores sociales de calidad de vida* Madrid: EditCIS - colección monografías-, Siglo XXI.
- Shalins, M. (1976). *Culture and practical reason*. Chicago; IL: University of Chicago Press.
- Shay S., y Jawitz J. (2005). Assessment and the quality of educational programmes: What constitutes evidence. *Perspectives in Education*, 23 (1), 103-112.
- Simon, H. A., y March, J. (1994). *Teoría de la organización*. Barcelona, España: Ariel.
- Sociedad Española de Calidad Asistencial (2012). *Indicadores de Calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud*. Informe técnico1-111. Disponible en: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/335.pdf>
- Soriano Cano, F. (2016). *Un nuevo modelo de régimen jurídico y de los recursos humanos en la sanidad. la experiencia de la comunidad valenciana*. Tesis

- doctoral. Alicante, España: Universidad de Alicante, Departamento de Estudios jurídicos del Estado.
- Steers, R.M. (1977). *Organizational effectiveness: A behavioral view*. California: Goodyear.
- Steiner, I. D. (1972). *Group process and productivity*. Nueva York: Academic Press.
- Straface, F., y Page, M. (2009). Hacia una economía política de los indicadores de calidad institucional. *Revista del CLAD, Reforma y democracia*, 43, 1-10.
- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Strauss A., y Corbin, J. M. (1998). *Basic of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Strauss A., y Glasser B. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. New Jersey: Fourth paperback printing 2009. Publicación online.
- Stringer, R. (2002). *Leadership and organizational climate*. New Jersey: Prentice HallSuen.
- Tagiuri, R. (1968). The concept of organizational climate. En R. Tagiuri, y G. Litwin (Eds.), *Organizational climate: Explorations of concept*. (pp. 25. 1-25). Boston: Harvard Graduate of Business Administration.
- Tannen, A., Dietz, E., Dassen T., y Halfens R. (2009). Explainint the national differences in pressure ulcer prevalence between the Netherlands and Germany- Adjusted for risk factor and institutional quality indicators. *Evaluation in clinical practice*, 15, 85-90.
- Taylor, F.M. (1911). *The principles of scientific management*. Nueva York: Harper & Brothers.
- Tolbert, P.S., y Zucker, L. G. (1996). The institutionalization of institutional theory. En S. Clegg, C. Hardy y W. Nord (Eds.), *Handbook of organization studies*. (pp.175-190). London: Sage.
- Toledo García, J.A. (2008). *Filosofía y Ciencias Sociales: Vicisitudes Epistemológicas en el siglo XXI*. Cuba: Departamento de Filosofía y Teoría política para las ciencias Sociales y Económicas de la Universidad de la Habana. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos-pdf4/vicisitudes-epistemologicas-siglo-xxi/vicisitudes-epistemologicas-siglo-xxi.pdf>
- Torrecilla, O.D. (2005). *Clima organizacional y su relación con la productividad laboral. Documento de cátedra*. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Disponible en: <http://www.aulavirtualcg.com/plataforma/documentos/adse/archivos/Climaorganizacion.pdf>
- Triandis, H. (1996). The psychological measurement of cultural syndromes. *American Psychologist*, 51,407-415.

- Valera-Mallou, J., Rial-Boubeta, A., y García-Cueto, E. (2003). Presentación de una Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria. *Psicothema*, 15(4), 656-661.
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid, España: Síntesis.
- Varo, J. (1994). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid, España: Ediciones Díaz Santos, S.A.
- Varsakelis, C. (2006). Education, Political Institutions and Innovative Activity: A Cross-country Empirical Investigation”, *Research Policy*, 35,1083-1090.
- Vázquez, M.L., Vargas, I., Farré, J., y Terraza, R., (2005). Organizaciones sanitarias integradas. *Revista Española de Salud Pública*. 79, 633-643. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v79n6/colaboracion3.pdf>
- Velásquez, R. (2003). *Clima Organizacional a Nivel Universitario*. Méjico: Prentice Hall.
- Vidal, R. (2000). La historia y la postmodernidad. *Espacio, Tiempo y Forma, Serie V, H Contemporánea* t. 12, 11-44.
- Von Wright, G. (1979). *Explicación y comprensión*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Vroom, V., y Yetton, P. (1973). *Leadership and decision-making*. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press.
- Weber. M. (1964). *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Weick, K. (1979). The social psychology of organizational theory, introducing the morphogenetic approach. *Organization*, 7(1), 95-128.
- Weick, K. (1995). *Sensemaking in organization*. California: Sage.
- Weick, K. (2001). *Making sense of the organization*. Maiden, MA: Blackwell Publishing.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548-573.
- Werner, K. F. (1988). *Europe and the rise of capitalism*. Oxford: Blackwell.
- Wildelband W. (1894). Rectorialaddress, Strasbourg. *History and theory*, 19(2), 169-185.
- Wilson, T. (1987). La sociología y el método matemático. En A. Giddens, J. Turner (Eds). *La teoría social, hoy*(pp.489-514). Consejo Nacional para la Cultura y las Artes de Méjico: Alianza Editorial.
- Wolcott, H.F. (1992). Posturing in qualitative research. En M. LeCompte, W Millroy y J. Preissle (Eds), *The Handbook of Qualitative research in education* (pp. 3-52). London: Academic Press.

- Woodward, J. (1965). *Industrial organization. Theory y practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Wittgenstein, L. (1922). *Tractatuslogico-philosophicus*. Paris, Francia: Gallimard.
- Woolcock, M. (1998). Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and society*, 27(2), 151-208.
- Xunta de Galicia, Consellería de Sanidad (2003). *Plan de Salud de Galicia 2002-2006*. 1-589. Disponible en: <http://www.sergas.es/gal/publicaciones/Docs/PIOrSanitaria/PDF7-57.pdf>
- Xunta de Galicia, Consellería de Sanidad (2013). *Estrategia SERGAS 2014: La sanidad Pública al Servicio del Paciente*. 1-185. Disponible en: http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf
- Xunta de Galicia, Consellería de Sanidad (2002). *I Plan de Salud de Galicia 1998-2001*. 1-437. Disponible en: <http://sergas.es/Paginas/PageNotFound.aspx>
- Yela, M. (1957). *La Técnica del Análisis Factorial: Un Método de Investigación en Psicología y Pedagogía*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Zajonc, R. B. (1968). Attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9(2), 1-27.
- Zancudo, M. T. (1996). Profesores universitarios y clima organizacional: variables determinantes. *Informes de Investigaciones Educativas*, 10(1-2), 91-110.
- Zarco, J. (2004). *El campesino polaco en Europa y en América*. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas y Boletín Oficial del Estado. Edición en castellano de la obra *The Polish Peasant in Europe and America (1918-1920)* de William I. Thomas y Florian Znaniecki
- Zardoya, A., (2007). El modelo EFQM en el sector salud: análisis de criterios facilitadores. *Cuadernos de CC.EE*, 52,103-125.

ANEXOS

ANEXO I

**BASES DE DATOS UTILIZADAS EN LA REVISIÓN DE
LA LITERATURA**

BUSCADOR	BASES DE DATOS	CARACTERÍSTICAS DE LAS BASES DE DATOS	TEMÁTICAS	AÑOS	INCLUIDA EN REVISIÓN SISTEMÁTICA.
American Chemical Society Online.	American Chemical Society	Revistas de ciencias químicas y ciencias afines. 34 revistas de investigación. 130 años de investigaciones 750.000 artículos. Se inauguró en 1879.	Disciplinas científicas de las ciencias agrícolas, la biotecnología, la química analítica, química aplicadas, la bioquímica y la biología molecular, biología química, ingeniería química, ciencias de la computación, la cristalografía, la energía y los combustibles , la ciencia de la alimentación, ciencias ambientales, química inorgánica y nuclear, ciencia de los materiales, química medicinal, química orgánica, farmacología, química física, ciencias de plantas, ciencia de los polímeros, y la toxicología.	1879-2009	NO TEMÁTICA
Cambridge Journals Online	Cambridge Journals	En línea con el compromiso de la Universidad de Cambridge para promover el aprendizaje, el conocimiento y la investigación en todo el mundo, publica actualmente más de 220 estudios revisados por revistas académicas para el mercado mundial. (220 revistas).	Todas.	1584-2009	SÍ
CSIC	ICYT - Ciencia y Tecnología	Contienen la producción científica publicada en España desde los años 70. Recogen fundamentalmente artículos de Revistas científicas y de forma selectiva Actas de congresos, Series, Compilaciones, Informes y Monografías.	Todas.	1975-2009	SÍ
	IME - Biomedicina	Contienen la producción científica publicada en España desde los años 70. Recogen fundamentalmente artículos de Revistas científicas y de forma selectiva Actas de congresos, Series, Compilaciones, Informes y Monografías.	Todas.	1975-2009	SÍ
	CSIC Online (ISOC)	Recogen fundamentalmente artículos de Revistas científicas y de forma selectiva Actas de congresos, Series, Compilaciones, Informes y Monografías.	Todas.	1975-2009	SÍ

EBBO	Early English Book Online	Principios de Inglés Libros en pantalla (EEBO) contiene las imágenes digitales de la página de fax de prácticamente todos los trabajos impresos en Inglaterra, Irlanda, Escocia, Gales y Gran Bretaña y América del Norte trabaja en otros lugares de Inglés impreso 1473-1700.	LIBROS	1473-1700	NO, NO CONTIENE ARTÍCULOS
EBSCO Host	Business Source Premier	La base de datos de investigación empresarial más utilizada de la industria, contiene alrededor de 9.000 publicaciones con texto completo muchas de ellas evaluadas por expertos. Tipos de documentos: Revistas, monografías, tesis, documentos, trabajos, etc.	Trabajo, Contabilidad, Economía, Empresas, Finanzas, Ingeniería de Organización, Marketing, Nueva Economía, Recursos Humanos, Turismo.	1965-2009	SÍ
EBSCO Host	CINAHL	Es el recurso más completo de las publicaciones de enfermería y servicios paramédicos. Contiene más de 520 publicaciones con texto completo.	Enfermería, Fisioterapia, Medicina	1982-2009	SÍ
EBSCO Host	Dentistry & Oral Sciences Source	Base de datos que se actualiza semanalmente. Recoge todas las publicaciones relacionadas con la Odontología.	Odontología, Salud pública dental, endodoncia, cirugía para el dolor	1919-2009	SÍ
EBSCO Host	E-Journals	Base de datos que contiene publicaciones electrónicas.	Todas	1991-2009	SÍ
EBSCO Host	Historical Abstracts	Contiene bibliografía sobre datos históricos mundiales (excepto Estados Unidos) desde 1450 y referencias de artículos aparecidos en más de 2.000 revistas, libros y tesis doctorales sobre todas las ramas de la historia, ciencias sociales y humanidades.	Historia.	1954-2009	SÍ
EBSCO Host	Hospitality & Tourism Complete	Abarca investigaciones académicas y noticias del sector de la hotelería y el turismo. Esta colección contiene más de 749.000 registros. Posee textos completos de más de 440 publicaciones, incluso publicaciones periódicas, informes de empresas y libros.	Turismo.	1965-2009	SÍ
EBSCO Host	Library, Information Science & Technology Abstracts	Base de datos bibliográfica gratuita especializada en bibliotecas y gestión de información. Abarca las siguientes materias: Recuperación de información en línea, Clasificación, Catalogación, Bibliometría. Incluye más de 600 monografías, publicaciones periódicas, informes de investigación y actas de congresos.	Biblioteconomía y Documentación.	1960-2009	NO TEMÁTICA

EBSCO Host	PsycCRITIQUES	Base de datos producida por la American Psychological Association (APA), contiene textos completos de críticas de libros académicos y profesionales del ámbito de la psicología actual. También publica críticas de películas populares y libros de texto desde una perspectiva psicológica e incluye más de 40.000 críticas que se remontan a 1956.	LIBROS. Psicología	1985-2009	NO, NO CONTIENE ARTÍCULOS
EBSCO Host	Regional Bussines News	Base de datos, de actualización diaria, que incorpora 75 publicaciones a texto completo sobre el ámbito empresarial, los negocios, periódicos e información publicada en internet correspondiente a áreas metropolitanas y rurales de los Estados Unidos.	ARTÍCULOS DE PRENSA. Economía.	1984-2009	NO, NO CONTIENE ARTÍCULOS
EBSCO Host	SPORTDiscus	Contiene bibliografía en materia de deporte, bienestar físico y disciplinas relacionadas. Tiene registradas más de 1.392.000 de revistas especializadas y monografías. A esto se suman unas 22.000 disertaciones y tesis, así como referencias a artículos en más de 60 idiomas distintos.	Ciencias del Deporte.	1978-2009	NO TEMÁTICA
Engineering Village	Engineering village	Es la versión electrónica de Engineering Index que suministra información con sus resúmenes sobre ingeniería y tecnología. Tiene aproximadamente 4.500 revistas de todo el mundo.	Aeronáutica, Construcción, Ingeniería Automática/ Electrónica, Ingeniería biomédica, Ingeniería Civil, Ingeniería de Organización, Ingeniería Eléctrica, Ingeniería Mecánica/ Materiales, Ingeniería Química, Ingeniería Telecomunicaciones.	1969-2009	NO TEMÁTICA
Ilumina	Aerospace & Technology Database.	Base de datos de Alta tecnología Aeroespacial, que contiene investigación básica y aplicada en aeronáutica, astronomía y ciencias del Espacio. Contiene más de 3.000 publicaciones periódicas de actas de congresos, informes técnicos, revistas, artículos, etc.	Aeronáutica y ciencias del espacio.	1962-2009	NO TEMÁTICA
Ilumina	Avery	Contiene referencias de artículos de revistas, exposiciones, entrevistas, etc., publicados en más de 40 países sobre historia de la Arquitectura, diseño arquitectónico, diseño interior y planificación urbana.	Arquitectura y urbanismo.	1934-2009	NO TEMÁTICA

Ilumina	British Humanities Index	Incluye más de 180.000 referencias de unas 320 revistas y diarios publicados en el Reino Unido, desde 1985, en el campo de las Humanidades. Desde sus referencias bibliográficas se accede al texto completo de las revistas suscritas por la BUS o a Fama, catálogo de la Biblioteca, donde se pueden ver los fondos disponibles.	Antropología, Archivística, Arquitectura y Urbanismo, Arte, Biblioteconomía y Documentación, Cinematografía, Filosofía, Geografía, Historia, Humanidades, Lingüística, Literatura, Música y Religión.	1962-2009	SÍ
Ilumina	Bibliography of the History of Art	Publicada por el Getty Research Institute, la base de datos Bibliography of the History of Art (BHA), es la más amplia base de datos disponible en el mundo sobre las artes visuales. Cubre Europa y América desde la Antigüedad hasta nuestros días.	Historia del arte.	1973-2009	NO TEMÁTICA
Ilumina	ERIC	ERIC (Centro de información de recursos de Educación), la base de datos del ámbito de la Educación. Recoge artículos, revistas, conferencias, reuniones, documentos gubernamentales, tesis, disertaciones, informes, medios audiovisuales, bibliografías, guías y bibliografías.	Ciencias de la Educación	1966-2009	SÍ
Ilumina	LLBA	Referencia artículos, tesis, monografías e informes sobre investigaciones en el ámbito de la conducta lingüística y de la adquisición del lenguaje, desde 1973 a la actualidad.	Literatura, lingüística.	1973-2009	NO TEMÁTICA
Ilumina	Library and information Science Abstracts	Base de datos que contiene resúmenes y herramientas para los profesionales de la Biblioteca de más de 68 países y en más de 20 idiomas diferentes.	Biblioteconomía y documentación.	1969-2009	NO TEMÁTICA
Ilumina	MicroPatent Materials Patents	La importancia de un acceso rápido a la literatura de patentes para todas las disciplinas de la ingeniería - y especialmente para la ciencia de los materiales y la ingeniería. Se actualiza mensualmente.	Ciencias de los materiales e ingeniería	1996-2009	NO TEMÁTICA
Ilumina	MLA Directory of Periodicals.	Base de datos que recoge las publicaciones periódicas producidas por la Modern Language Association, contiene información sobre revistas, artículos y libros relacionados con la lengua, la literatura y el folclore. Incluye más de 5.800 títulos, de los cuales más de 4.400 están indexados.	Lengua, Literatura y Folclore.	2009	NO TEMÁTICA

Ilumina	MLA International Bibliography	Es una base de datos de libros, artículos web publicados en lenguas modernas, literatura, folclore y lingüística. Contiene más de dos millones de citas de más de 4.400 publicaciones periódicas y 1000 editores.	Lengua, Literatura, Folclore y Lingüística.	1926-2009	NO TEMÁTICA
Iluminia	PILOTS Database	Base de datos bibliográfica de pilotos, que abarca la publicación de la literatura internacional sobre el estrés postraumático en White River Junction, Bermot.	Estrés postraumático de pilotos.	1871-2009	NO TEMÁTICA
Iluminia	Social Services Abstracts	Ofrece resúmenes bibliográficos sobre investigaciones en Trabajo Social, Servicios Sociales, Bienestar Social, Política Social y Desarrollo de la Comunidad. Contiene más de 1300 publicaciones que incluyen resúmenes de artículos de revistas, disertaciones y citas de reseñas de libros.	Servicios Sociales, Trabajo Social.	1979-2009	SÍ
Ilumina	Sociological Abstracts	Incluye referencias bibliográficas de artículos de revistas especializadas en Sociología y ciencias afines publicados, desde 1952, en revistas, actas de congresos, monografías, etc. Incluye 140 revistas a texto completo.	Sociología.	1952-2009	SÍ
Ilumina	Zoological Record Plus	Producida por Thomson Scientific y anteriormente por BIOSIS y la Sociedad Zoológica de Londres. Recoge publicaciones literarias acerca de la zoología y el mundo animal. Cuenta con más de 5.000 publicaciones de libros, reuniones y comentarios de más de 100 países.	Zoología	1978-2009	NO TEMÁTICA
ISI Web of Knowledge	Web of Science	Autorizada, de contenido multidisciplinar abarca más de 10.000 de las revistas de mayor impacto en todo el mundo, incluyendo las revistas de acceso abierto y más de 110.000 actas de congresos	Ciencias, Ciencias Sociales, Artes y Humanidades.	1956-2009	SÍ
IoP Electronic Journals	IoP Journals Online	67 revistas de física.	Física.	2009	NO TEMÁTICA

JSTOR	JSTOR	Base de datos multidisciplinar con unos 650 títulos de revistas a texto completo, en constante crecimiento. La cobertura cronológica va desde el primer número de la revista, hasta una fecha nunca posterior al año anterior del último número publicado. La Biblioteca de la Universidad de Sevilla actualmente suscribe: Arts & Science Collections I, II y III; Ecology & Botany Collection; Health & General Sciences Collection.	Antropología, Arte, Ciencia Política, Economía, Educación, Filosofía, Historia, Literatura, Matemáticas, Medioambiente.	1995-2009	SÍ
MathsciNet (Mathematical Reviews on the web)	MathSciNet	La base de datos The Mathematical Reviews es una base de datos con información bibliográfica y reseñas creada y mantenida por la American Mathematical Society. Se incluyen Revistas profesionales, actas de congresos libros sobre investigación en matemáticas. Indiza más de 1800 revistas.	Matemáticas, estadística.	864-2009	SÍ
Oxford Journals	Oxford Journals	Publicamos más de 200 revistas académicas y de investigación que abarcan una amplia gama de áreas temáticas, dos tercios de las cuales se publican en colaboración con sociedades científicas y otras organizaciones internacionales. Ver una lista completa de nuestros títulos.	Todas.	2009	SÍ
Proquest	ABI/INFORM GLOBAL	Base de datos que recoge revistas relacionadas con el mundo empresarial.	Economía, estrategias empresariales, técnicas de gestión, comercialización, desarrollo de productos, etc.	1923-2009	SÍ
Proquest	Accounting & Tax	Base de datos que recoge los principales periódicos y publicaciones de la industria.	Economía, contabilidad, fiscalidad.	1971-2009	NO, NO CONTIENE ARTÍCULOS
Proquest	Banking Information Source	Base de datos editada por la American Bankers Association que contiene información bibliográfica completa y resúmenes de 425 publicaciones del sector bancario.	Finanzas.	1971-2009	SÍ
Proquest	Dissertations & Theses	Base de datos bibliográfica que recoge casi 1.500.000 citas de tesis doctorales desde 1861 a la actualidad. Recoge todas las leídas o publicadas en universidades norteamericanas y en parte de las europeas. Permite ver las primeras 24 páginas de cada tesis (desde 1996) y la posibilidad de adquirirlas.	TESIS DOCTORALES	1861-2009	NO, NO CONTIENE ARTÍCULOS

Proquest	Proquest-Health and Medical Complete	Base de datos que da cobertura a más de 1500 publicaciones referentes al mundo de la salud y la medicina.	Salud.	1986-2009	SÍ
Proquest	Proquest-Psychology Journals	Base De datos que recoge 4000 revistas de texto completo representando una amplia gama de disciplinas incluyendo la psicología conductual, psicología, clínica, de desarrollo, experimental, cognitiva, psicobiología, social y la psicometría.	Psicología	1971-2009	SÍ
Proquest	Proquest-Sociology	Base de datos que recoge las principales revistas de sociología a texto completo.	Sociología	1985-2009	SÍ
Pubmed	PUBMED	PubMed es un sistema integrado que incluye 15 millones de registros de unas 4.600 revistas indizadas por MEDLINE y las referencias de OLDMEDLINE desde 1953. PubMed forma parte del sistema Entrez diseñado por el National Center for Biotechnology Information de los EE.UU para integrar la información bibliográfica y factual de interés en Ciencias de la Salud.	Biología, química, Ciencias de la Salud (General), Cirugía, Enfermería, Farmacología, Fisioterapia, Ginecología y Obstetricia, Ingeniería biomédica, Medicina, Neurociencia/Psiquiatría, Nutrición, Odontología, Oncología, Pediatría, Psicología, Radiología.	1953-2009	SÍ
Sage Journals online	Sage Journals online	Portal de acceso a unas 450 revistas electrónicas a texto completo de unas 160 instituciones. Permite realizar búsquedas de artículos o de revistas. Además ofrece la posibilidad de crear un listado de revistas favoritas, sobre las cuales podemos restringir nuestras búsquedas.	Ciencia y Tecnología (General), Ciencias de la Salud (General), Ciencias Sociales (General), Humanidades (General)	1999-2009	SÍ
Science Direct	ScienceDirect	ScienceDirect es una base de datos que contiene el texto completo, sumarios y resúmenes de más de 1500 revistas de las editoriales Elsevier, Pergamon, Excerpta-Medica, North Holland, Academic Press...,	Todas	1995-2009	SÍ
Scopus	SCOPUS	Producida por Elsevier, es una base de datos multidisciplinar para la investigación científica. Cubre la literatura publicada en aprox. 15.000 títulos de revistas revisadas, además de lo publicado en numerosos sitios web de contenido científico y literatura de patentes.	Aeronáutica, Arquitectura y Urbanismo, Biología, Bioquímica, Ciencia y Tecnología (General), Ciencias Sociales (General), Construcción, Economía, Estadística, Física, Informática, Ingeniería Automática/Electrónica, Ingeniería biomédica, Ingeniería Civil, Ingeniería de Organización, Ingeniería Eléctrica, Ingeniería Mecánica/Materiales, Ingeniería Química, Ingeniería Telecomunicaciones, Matemáticas, Medicina, Medioambiente, Psicología, Química	1 966-2009	SÍ

Springerlink	Springerlink	Acceso a más de 1000 títulos de los editores Springer y Kluwer. Ofrece la posibilidad de registrarse individualmente para crear una lista de búsquedas y títulos favoritos y recibir alertas de los mismos.	Agricultura, Biblioteconomía/Documentación, Biología, Derecho, Economía, Física, Informática, Ingeniería Automática/Electrónica, Ingeniería Civil, Ingeniería de Organización, Ingeniería Eléctrica Ingeniería Mecánica/Materiales Ingeniería Química, Ingeniería Telecomunicaciones, Matemáticas, Medicina, Medioambiente, Química	1996-2009	SÍ
Wiley Interscience Journals	Wiley Interscience Journals	Base de datos que contiene más de 3 millones de artículos de 1400 revistas. 7000 libros online y los principales trabajos de las bases de datos líderes en la industria (the Cochrane library, por ejemplo)	Todas.	1997-2009	SÍ
Wolters Kluwer Health	Biological Abstracts	Abarca todo el campo de las ciencias de la vida proporcionando cobertura completa al mundo de las publicaciones en biología (Botánica, zoología, microbiología), biomedicina (medicina veterinaria, biotecnología, bioquímica, biofísica, bioingeniería, etc.) estudios ambientales y la agricultura. Contiene más de 6 500 publicaciones breves, tales como cartas y notas técnicas.	Biología, biomedicina y ciencias de la vida.	2005-2009	NO TEMÁTICA
Wolters Kluwer Health	CAB Abstracts	Base de datos que contiene importante literatura de investigación sobre los ámbitos de la agricultura, la silvicultura, la salud humana y la nutrición, la salud animal, y la gestión y conservación de los recursos naturales.	Agricultura, salud, ciencias ambientales.	1973-2009	NO TEMÁTICA
Wolters Kluwer Health	Econit	Producido por la American Economic Association. Contiene más de 550 revistas económicas internacionales que recogen artículos, ensayos, documentos de investigación, libros, tesis, reseñas de libros y documentos de trabajo. Contiene más de 350.000 registros	Contabilidad, Economía del consumo, Política monetaria, el trabajo, la comercialización, Demografía, etc.	1 969-2009	SÍ
Wolters Kluwer Health	Eric	Es la misma base de datos que aparece en el buscador Illumina.			NO BASE DE DATOS REPETIDA

Wolters Kluwer Health	Food Science and Technology Abstracts	Base de datos que contiene aproximadamente 1800 revistas y muchos otros tipos de literatura (libros, actas de congresos, patentes, normas, legislación, etc.) referentes al mundo de la alimentación publicada en más de 40 idiomas.	Ciencias de la alimentación, tecnología de los alimentos, nutrición humana.	1969-2009	NO TEMÁTICA
Wolters Kluwer Health	FRANCIS	Producida por el Instituto de Información Científico y Técnica del Centro Nacional de la Recherche Scientifique, Es una base de datos multidisciplinaria que abarca parte de las principales ramas de las humanidades y ciencias sociales.	Humanidades y Ciencias Sociales.	1984-2009	SÍ
Wolters Kluwer Health	Global health	Reúne dos bases de datos de renombre internacional: "the Public Health and Tropical Medicine" y la "the Human Health and Diseases Information Extracted". Contiene revistas, libros, informes de investigación, patentes y normas, tesis doctorales, actas de congresos, informes anuales, y otros materiales relacionados con la salud humana y las enfermedades.	Salud.	1973-2009	SÍ
Wolters Kluwer Health	INCONDA	Base de datos Internacional de la construcción, recoge literatura técnica (revistas, informes de investigación, actas de congresos, informes empresariales, tesis y literatura no convencional) relacionada con aspectos de la planificación y la construcción. Contiene referencias tomadas en más de 20 países diferentes.	Construcción.	1976-2009	NO TEMÁTICA
Wolters Kluwer Health	Inspec	Producida por la institución de Ingeniería y Tecnología. Proporciona acceso a la literatura científica y técnica en física, ingeniería electrónica, eléctrica, comunicaciones, ingeniería de control, ordenadores e informática y tecnologías de la información. Contiene artículos de revistas, actas de congresos, informes, tesis y libros.	Ingeniería.	1 969-2009	NO TEMÁTICA
Wolters Kluwer Health	International Pharmaceutical Abstracts	Base de datos que se actualiza mensualmente. Incluye información completa de la terapia con medicamentos, toxicidad, y la práctica de farmacia, así como la regulación la tecnología y la utilización biofarmacéutica de procesamiento de la información, la educación, la economía y la ética en relación con la ciencia y la práctica farmacéutica.	Ciencia Farmacéutica y de la Salud.	1 970-2009	SÍ

Wolters Kluwer Health	International Science Database	Base de datos que contiene artículos de revistas, monografías, literatura gris y documentos de conferencias. Tiene enfoque multidisciplinario que recoge literatura de la ciencia, la tecnología, la medicina, las ciencias sociales y las humanidades. Contiene más de 9 millones de registros, alrededor de 8 mil artículos de revistas. Cada año se añaden aproximadamente 500 mil registros nuevos.	Ciencia, Ciencias Sociales y humanas, Tecnología, medicina.	1990-2009	SÍ.
Wolters Kluwer Health	Lippincott	La colección consta de aproximadamente 250 revistas del prestigioso editor de Biomedicina Lippincott, Williams & Wilkins (LWW) especializado en revistas de sociedades médicas. Esta colección incluye todos los títulos de LWW, que cubren todas las especialidades médicas y áreas como Enfermería y Biociencia. Entre éstos destacan títulos tan importantes como Circulation, Academic Medicine, Anesthesia and Analgesia, Annals of Surgery, Spine, la serie Current Opinion, Hypertension, Obstetrics and Gynecology.	Ciencias de la salud.	1860-2009	SÍ
Wolters Kluwer Health	MachSchi	Es la misma base de datos que la MachSchiNET			NO, BASE DE DATOS REPETIDA
Wolters Kluwer Health	MEDLINE	Base de datos de la Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. Contiene más de 3200 revistas biomédicas procedentes de 70 países.	Biología, Medicina, Ingeniería Biomédica.	1966-2009	SÍ
Wolters Kluwer Health	PsycARTICLES	Base de datos que permite la búsqueda y el acceso a 52 revistas destacadas del campo de la psicología publicadas por la American psychological Association y organizaciones asociadas.	Psicología, Neurociencia, Psicología.	1988-2009	SÍ
Wolters Kluwer Health	PsyEXTRA	Es una base de datos de literatura gris relacionada con la psicología y ciencias del comportamiento y de la salud. La base de datos contiene publicaciones sin difusión en revistas, principalmente informes técnicos y de gobierno, documentos de conferencias, boletines, revistas, videos, comunicadores de prensa, folletos etc.	Psicología.	1908-2009	NO, NO CONTIENE ARTÍCULOS

Wolters Kluwer Health	PycINFO	Base de datos bibliográfica electrónica que proporciona resúmenes y citas de la literatura académica en materias de psicología, social, de comportamiento y de la salud, psiquiatría, negocios, trabajo social, educación y otras ciencias afines. Se revisan el 98% de las revistas de las bases de datos, el 30% del contenido es de origen europeo un 12% estadounidense.	Ciencias Sociales, del Comportamiento y de la Salud y afines.	1806-2009	SÍ
Wolters Kluwer Health	The Philosopher's index	Proporciona la indexación y los resúmenes de libros y revistas de filosofía y campos afines. Abarca los ámbitos de la ética, estética, filosofía social, filosofía política, epistemología, lógica y metafísica.	Filosofía. Filosofía del derecho, de la religión de la ciencia, historia educación y del idioma.	1940-2009	SÍ
Wolters Kluwer Health	Zoological Record	Es la misma base de datos que la Zoological RecOrd Plus del buscador Illumina.			NO, BASE DE DATOS REPETIDA

ANEXO II

**ARTÍCULOS INCLUIDOS Y ESPECIFICACIÓN DE
MOTIVOS DE EXCLUSIÓN**

TÍTULO DEL ARTÍCULO	INCLUIDO	MOTIVOS
An analysis of factors responsible for improvement at hospitals participating in the Can rapid risk stratification of unstable angina patients suppress adverse outcomes with early Implementation of the ACC/AHA Guidelines (CRUSADE) quality improvement initiative	SÍ	
"... Con el nombre de vino". Alcoholes, fiscalidad y salud pública en el Madrid del siglo XIX	NO	TEMÁTICA
"...Do that and I'll raise your grade". Innovative module design and recursive feedback	NO	REPETIDO
"...Do that and I'll raise your grade". Innovative module design and recursive feedback	SÍ	
¿Qué determina la afiliación a los sindicatos en España?	NO	TEMÁTICA
¿Qué hace competente a un psicólogo?	NO	TEMÁTICA
¿Tiene la empresa española el peor entorno institucional de la OCDE?	SÍ	
A model of growth augmented with institutions	SÍ	
A semiparametric Bayesian proportional hazards model for interval censored data with frailty effects	SÍ	
Aid volatility and donor-recipient characteristics in 'difficult partnership countries'	SÍ	
Alguna precisión sobre las nuevas tecnologías y la democracia deliberativa y participativa	SÍ	
An analysis of an implantable dosimeter system for external beam therapy	SÍ	
An analysis of factors responsible for improvement at hospitals participating in the can rapid risk stratification of unstable angina patients suppress adverse outcomes with Early Implementation of the ACC/AHA Guidelines (CRUSADE) quality improvement initiative.	NO	REPETIDO
An institutional quality improvement initiative for pain management for pediatric cancer inpatients	SÍ	
An institutional quality improvement initiative for pain management for pediatric cancer inpatients.	NO	REPETIDO

Análisis y ampliación del SERVQUAL en los servicios universitarios.	SÍ	
Anotaciones a la vida y obra de Juan de Orozco, legista salmantino del siglo XVI	NO	TEMÁTICA
Aplicación de la teoría de la decisión en la elección de compañero en una residencia de ancianos	SÍ	
Application of focus group interviews for quality management: An action research project	SÍ	
Application of focus group interviews for quality management: An action research project.	NO	REPETIDO
Assessment and the quality of educational programmes: What constitutes evidence?	NO	REPETIDO
Assessment and the quality of educational programmes: What constitutes evidence?	SÍ	
Avances y retos en prevención del abuso de drogas.	SÍ	
Bands and bypasses: 30-Day morbidity and mortality of bariatric surgical procedures as assessed by prospective, multi-center, risk-adjusted ACS-NSQIP data	SÍ	
Bank efficiency and foreign ownership: Do good institutions matter?"	NO	REPETIDO
Bank efficiency and foreign ownership: Do good institutions matter?"	SÍ	
Banking on the principles: compliance with basel core principles and bank soundness	SÍ	
Bureaucratic complexity and impacts of corruption in utilities.	NO	REPETIDO
Bureaucratic complexity and impacts of corruption in utilities.	NO	REPETIDO
Bureaucratic complexity and impacts of corruption in utilities.	SÍ	
Business environment and enterprise behavior in east Germany compared to west Germany and central Europe	NO	REPETIDO
Business environment and enterprise behaviour in East Germany compared to West Germany and Central Europe	SÍ	
Calidad de la docencia universitaria: procesos clave.	SÍ	
Calidad institucional y factores político-culturales: un panorama internacional por niveles de renta.	SÍ	
Calidad institucional y renta per cápita: un repaso de los resultados empíricos	SÍ	

Calidad y ética en los centros especiales de empleo: una reflexión para el debate	SÍ	
Can institutions resolve ethnic conflict?	SÍ	
Capital account convertibility, poor developing countries, and international financial architecture	SÍ	
Career promotion in psychosomatic medicine.	NO	TEMÁTICA
Causality and feedback between institutional measures and economic growth	SÍ	
Choosing (and renegeing on) exchange rate regimes.	NO	REPETIDO
Choosing (and renegeing on) exchange rate regimes.	SÍ	
Connecting two views on financial globalization: Can we make further progress?	SÍ	
Convergence and divergence between institutional "quality control" and the well-being of residents in certified medicalsocial nursing institutions	SÍ	
Corruption and environmental policies: What are the implications for the enlarged EU?	SÍ	
Corruption in candidate countries of the European Union. A cross-national comparison of institutional quality and corruption	NO	REPETIDO
Corruption in candidate countries of the European Union. A cross-national comparison of institutional quality and corruption	SÍ	
Corruption in Candidate Countries of the European Union. A Cross-National Comparison of Institutional Quality and Corruption	SÍ	
Corruption trends and social capita	NO	REPETIDO
Corruption trends and social capita	SÍ	
Corruption, the resource curse and genuine saving	NO	REPETIDO
Corruption, the resource curse and genuine saving	SÍ	
Cows and conquistadors: A contribution on the colonial origins of comparative development	NO	REPETIDO
Cows and conquistadors: A contribution on the colonial origins of comparative development	NO	REPETIDO
Cows and conquistadors: A contribution on the colonial origins of comparative development	SÍ	
Cursing the blessings? Natural resource abundance, institutions, and economic growth	NO	REPETIDO

Cursing the blessings? Natural resource abundance, institutions, and economic growth	SÍ	
Data on Higher Education in the United States: Are the Existing Resources Adequate?	NO	REPETIDO
Data on Higher Education in the United States: Are the Existing Resources Adequate?	SÍ	
De la democracia participativa a la democracia de consumidores: el papel de las familias como agente educativo	SÍ	
De los modos tradicionales de gestión a la práctica de un sistema integral de la calidad institucional	SÍ	
Debt relief and credit to the private sector in African countries	NO	REPETIDO
Debt relief and credit to the private sector in African countries	NO	REPETIDO
Debt relief and credit to the private sector in African countries	SÍ	
Decentralization and public services: the case of immunization	NO	REPETIDO
Decentralization and public services: the case of immunization	SÍ	
Deferred costs and economic returns to college major, qua and performance	NO	REPETIDO
Deferred costs and economic returns to college major, qua and performance	SÍ	
Determinantes de la calidad institucional de los países	SÍ	
Determinants of foreign direct investment in services	NO	REPETIDO
Determinants of foreign direct investment in services	SÍ	
Dimensiones de evaluación de la calidad universitaria en el Espacio Europeo de Educación Superior.	SÍ	
Dirección estratégica de la comunicación en la Iglesia.	NO	TEMÁTICA
Diseño de un Sistema de Información para los procesos de evaluación y acreditación de Titulaciones Universitarias: MEDEA	SÍ	
Do bilateral investment treaties increase foreign direct investment to developing countries?	NO	REPETIDO
Do bilateral investment treaties increase foreign direct investment to developing countries?	SÍ	
Do electronic technologies increase or narrow differences in higher education quality between low- and high-income countries?	SÍ	

Do improvements in government quality necessarily reduce the incidence of costly sudden stops?	NO	REPETIDO
Do improvements in government quality necessarily reduce the incidence of costly sudden stops?	SÍ	
Do institutions cause growth?	NO	REPETIDO
Do institutions cause growth?	SÍ	
Does Africa grow differently?	NO	REPETIDO
Does Africa grow differently?	SÍ	
Does financial development promote International trade? : Evidence from China	SÍ	
Does macroeconomic performance affect corporate governance? Evidence from Turkey	NO	REPETIDO
Does macroeconomic performance affect corporate governance? Evidence from Turkey	SÍ	
Does the impact of institutional quality on economic growth depend on initial income level?	SÍ	
Does the return to university quality differ for transfer students and direct attendees?	SÍ	
Doing business in the Czech Republic - An assessment of institutional quality	NO	REPETIDO
Doing business in the Czech Republic an assessment of institutional quality	SÍ	
Economic development and the geography of institutions.	NO	REPETIDO
Economic development and the geography of institutions.	SÍ	
Economic development: Evidence from directed acyclic graphs.	NO	REPETIDO
Economic development: Evidence from directed acyclic graphs.	SÍ	
Economic reform when institutional quality is weak: The case of the Maghreb	NO	REPETIDO
Economic reform when institutional quality is weak: The case of the Maghreb	NO	REPETIDO
Economic reform when institutional quality is weak: The case of the Maghreb	NO	REPETIDO
Economic reform when institutional quality is weak: The case of the Maghreb	SÍ	
Edición web distribuida en un portal institucional	SÍ	

Effects of a quality improvement collaborative on the outcome of care of patients with HIV infection: The EQHIV study	NO	REPETIDO
Effects of a quality improvement collaborative on the outcome of care of patients with HIV infection: The EQHIV study	SÍ	
Eficacia de la ayuda: un enfoque desde las instituciones.	SÍ	
El Consejo Nacional Electoral y los dilemas de la competencia electoral en Venezuela	SÍ	
El debate teórico sobre el periurbano y la concreción de un planeamiento urbanístico en un entorno complejo: el caso de Barcelona y Toulouse	NO	TEMÁTICA
El examen del CAD y la cooperación española. Revista Española de Desarrollo y Cooperación	SÍ	
El modelo americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio.	SÍ	
El sistema universitario andaluz al comienzo del tercer milenio.	SÍ	
El teletrabajo.	SÍ	
Elaboración de un sistema de indicadores de evaluación de la calidad universitaria desde la perspectiva del alumnado Ignacio González.	SÍ	
Environment, human development and economic growth	NO	REPETIDO
Environment, human development and economic growth	SÍ	
Estrategia europea de la responsabilidad social de las empresas	SÍ	
Estrategias para el desarrollo de una cultura evaluativa en la UNED de Costa Rica	SÍ	
Evaluation in the Context of Overall Quality Management: The Constitution of Discursive Interplay in a Faculty Staff Meeting	SÍ	
Explaining the global pattern of current account imbalances.	SÍ	
Explaining the national differences in pressure ulcer prevalence between the Netherlands and Germany - Adjusted for personal risk factors and institutional quality indicators	SÍ	
Faculty status and rank at liberal arts colleges: An investigation into the correlation among faculty status, professional rights and responsibilities, and overall institutional quality	SÍ	

False positive serologic tests after administration of intravenous gamma globulin: Case report and institutional quality management resolution.	SÍ	
Fertile soil for structural funds? A panel data analysis of the conditional effectiveness of European cohesion policy.	NO	REPETIDO
Fertile soil for structural funds? A panel data analysis of the conditional effectiveness of European cohesion policy.	SÍ	
Financial integration, capital mobility, and income convergence	NO	REPETIDO
Financial integration, capital mobility, and income convergence	SÍ	
Fixed exchange rates and disinflation in emerging markets: how large is the effect?	NO	REPETIDO
Fixed exchange rates and disinflation in emerging markets: how large is the effect?	SÍ	
Foreign direct investment and macroeconomic risk	NO	REPETIDO
Foreign direct investment and macroeconomic risk	SÍ	
Formación inicial del profesorado en la UPF. Principios pedagógicos y formas organizativas	SÍ	
Geography, biogeography, and why some countries are rich and others are poor	NO	REPETIDO
Geography, biogeography, and why some countries are rich and others are poor	SÍ	
Gestión clínica: Evaluación del proceso formativo	SÍ	
Global imbalances and monetary policy	SÍ	
Globalización y reformas estructurales en América Latina: lo que funcionó y lo que no	SÍ	
Government ownership of banks, institutions, and financial development	NO	REPETIDO
Government ownership of banks, institutions, and financial development	SÍ	
Hacia la convergencia de los sistemas de educación superior en América Latina	SÍ	
Health care providers' assessments of the quality of advanced-cancer care in Latin American medical institutions: a comparison of predictors in five countries: Argentina, Brazil, Cuba, Mexico, and Peru	SÍ	
HIV/AIDS and social capital in a cross-section of countries	SÍ	
HIV/AIDS and social capital in a cross-section of countries.	NO	REPETIDO

Hobbes to Rousseau: Inequality, institutions and development.	NO	REPETIDO
Hobbes to Rousseau: Inequality, institutions and development.	SÍ	
How different is Eastern Europe? Structure and determinants of location choices by French firms in Eastern and Western Europe.	NO	REPETIDO
How different is Eastern Europe? Structure and determinants of location choices by French firms in Eastern and Western Europe.	SÍ	
How hedge funds fit	SÍ	
How institutional quality and economic factors impact technological deepening in developing countries	SÍ	
How well are we measuring workers' rights?	SÍ	
Human capital attainment, university quality, and entry-level wages for college transfer students	NO	REPETIDO
Human capital attainment, university quality, and entry-level wages for college transfer students	SÍ	
Importing with a little help from friends	NO	TEMÁTICA
Indicadores de la arquitectura financiera, ambiente institucional y legal de los sistemas financieros: Una perspectiva mundial	SÍ	
Inequality and informality	NO	REPETIDO
Inequality and informality	NO	REPETIDO
Inequality and informality	SÍ	
Inequality does cause underdevelopment: Insights from a new instrument.	NO	REPETIDO
Inequality does cause underdevelopment: Insights from a new instrument.	SÍ	
Inequality, democracy and the protection of property rights.	NO	REPETIDO
Inequality, democracy and the protection of property rights.	SÍ	
Innovación: contexto global sanitario	SÍ	
Insecurity and the pattern of trade: An empirical investigation.	SÍ	
Institutional aspects of new comparative economy: Czech Republic and European Union	SÍ	

Institutional determinants of foreign direct investment.	SÍ	
Institutional framework and economic development: international evidence.	NO	REPETIDO
Institutional framework and economic development: international evidence.	SÍ	
Institutional infrastructure and economic performance: Dynamic panel data evidence	SÍ	
Institutional quality and diversity in Brazilian post-graduate Work	SÍ	
Institutional quality and diversity in Brazilian post-graduate Work	NO	REPETIDO
Institutional quality and economic growth: Maintenance of the rule of law or democratic institutions, or both?	SÍ	
Institutional quality and economic growth: Maintenance of the rule of law or democratic institutions, or both?	NO	REPETIDO
Institutional quality and endogenous economic growth	SÍ	
Institutional quality and income distribution	SÍ	
Institutional quality and income distribution.	NO	REPETIDO
Institutional quality and income per capita: A survey of empirical results	SÍ	
Institutional quality and international trade.	SÍ	
Institutional quality and international trade. Review of economic studies	NO	REPETIDO
Institutional quality and perceptions of representation in advanced industrial democracies	NO	REPETIDO
Institutional quality and perceptions of representation in advanced industrial democracies	SÍ	
Institutional quality and the gains from trade	SÍ	
Institutional quality and the gains from trade.	NO	REPETIDO
Institutional quality and the gains from trade.	NO	REPETIDO
Institutional quality and trade: Which institutions? Which trade?	NO	REPETIDO
Institutional quality and trade: Which institutions? Which trade?	SÍ	
Institutional traps and economic growth." International economic review	NO	REPETIDO

Institutional traps and economic growth. International economic review	SÍ	
Institutions and foreign direct investment: China versus the rest of the world	NO	REPETIDO
Institutions and foreign direct investment: China versus the rest of the world	SÍ	
Institutions and policies for growth and poverty reduction: The role of private sector development.	SÍ	
Institutions and the external capital structure of countries.	NO	REPETIDO
Institutions and the external capital structure of countries.	SÍ	
Institutions and the impact of investment on growth	NO	REPETIDO
Institutions and the impact of investment on growth	SÍ	
Institutions matter, but which ones?	NO	REPETIDO
Institutions matter, but which ones?	SÍ	
Institutions, trade, and growth.	SÍ	
International rankings and quality of the university systems.	SÍ	
Intervención con personas con retraso mental desde la perspectiva de una asociación familiar de Móstoles.	SÍ	
Intervention steps for treating laryngospasm in pediatric patients.	NO	REPETIDO
Intervention steps for treating laryngospasm in pediatric patients.	SÍ	
Inward-looking policies, institutions, autocrats, and economic growth in Latin America: An empirical exploration.	SÍ	
IQ and economic growth: Further augmentation of Mankiw-Romer-Weil model	NO	REPETIDO
IQ and economic growth: Further augmentation of Mankiw-Romer-Weil model	SÍ	
Is international trade more beneficial to lower income economies? An empirical inquiry	NO	REPETIDO
Is international trade more beneficial to lower income economies? An empirical inquiry	SÍ	
Jóvenes y actitudes ante la enseñanza e insatisfacción institucional hacia el ámbito académico	SÍ	
La aplicación de una didáctica creativa en la enseñanza de contabilidad	SÍ	

La calidad de las instituciones educativas y algunas de sus dimensiones básicas	SÍ	
La calidad educativa a evaluación	SÍ	
La calidad en el centro y en las aulas de formación profesional.	SÍ	
La construcción de ciudades innovadoras: transformaciones económicas recientes y desarrollo local en Getafe	SÍ	
La construcción de un "entorno" institucional de apoyo a la industria maquiladora en la frontera norte de México	SÍ	
La democracia en América Latina: calidad y rendimiento	SÍ	
La dirección y el liderazgo: aceptación, conflicto y calidad	SÍ	
La educación en América Latina, entre el cambio social y la inercia institucional	SÍ	
La estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud	SÍ	
La evaluación de bibliotecas universitarias: una estrategia metodológica en América Latina	SÍ	
La evaluación de la docencia ante el reto del Espacio Europeo de Educación Superior.	SÍ	
La evaluación de la docencia en los planes de mejora de la universidad	SÍ	
La evaluación de la interacción con el entorno en las instituciones educativas	SÍ	
La evaluación institucional y la gestión de la calidad en las universidades	SÍ	
La excelencia docente	SÍ	
La formación universitaria de las personas mayores. Evaluación de su calidad y convergencia Europea	SÍ	
La importancia de los indicadores de calidad de patentes en la nueva economía institucional. Una perspectiva macroanalítica	SÍ	
La inserción sociolaboral de los titulados universitarios dentro de un plan global para la mejora de la calidad de la universidad	SÍ	
La liberalización controlada del mercado del vino en Noruega (1996-2002): nuevas oportunidades para la industria vinícola española	SÍ	
La nueva gestión de personas en el sector público local: el reto de la productividad	SÍ	

La organización de los centros desde el paradigma de la colaboración	SÍ	
La transición escuela-empleo de las personas con discapacidad en España: una investigación institucional mediante estudio de casos	SÍ	
La Universidad de Mareantes y la defensa de los intereses de la gente de mar de la Carrera de Indias	NO	TEMÁTICA
La virtualización desde la perspectiva de la modernización de la educación superior: consideraciones pedagógicas." Virtualisation in terms of modernising higher education: educational considerations	SÍ	
Las características socioeconómicas como incentivos para la información financiera: evidencia empírica española.	SÍ	
Las denominaciones de origen y las etiquetas ecológicas impulsoras de estrategias de comercialización, basadas en la calidad, en las almazaras cooperativas de Castilla-La Mancha	SÍ	
Las redes holónicas y el desarrollo institucional: la reestructuración de los centros (estructuras multifuncionales y polivalentes) como necesidad para responder a la diversidad	SÍ	
Law tradition and institutional quality: Some empirical evidence	SÍ	
Long-term growth prospects in transition economies: A reappraisal	SÍ	
Los factores clave de la innovación tecnológica: claves de la competitividad empresarial	SÍ	
Los planes de excelencia y dinamización turística (PEDT), un instrumento de cooperación a favor del desarrollo turístico	SÍ	
Managing the oil revenue boom: The role of fiscal institutions	SÍ	
Manejo de la comunicación. Evaluación de la calidad del discurso institucional	SÍ	
Marketing educativo, gestión estratégica y calidad total: un círculo virtuoso	SÍ	
Martín Almagro Basch, Fernando Gil Carles y el Corpus de Arte Rupestre Levantino.	NO	TEMÁTICA
Maximizing benefits and minimizing risks in Health Services Research near the end of life	SÍ	
Meta-análisis de la investigación cualitativa. El caso de la evaluación del Plan Nacional de	SÍ	

Evaluación y Calidad Universitaria en España		
Metodología cualitativa. Métodos y técnicas de evaluación de centros. Una propuesta de clasificación operativo-funcional	SÍ	
Metodología de la evaluación de la enseñanza universitaria	SÍ	
Millennium development goal of halving poverty in Asia: Progress, prospects and priorities	SÍ	
Millennium development goal of halving poverty in Asia: Progress, prospects and priorities	SÍ	
Model for introducing or revitalizing the final monograph	SÍ	
Monetary policies for developing countries: The role of institutional quality	SÍ	
Monetary policies for developing countries: The role of institutional quality	SÍ	
Necesidad y objetivos de la formación pedagógica del profesor universitario.	SÍ	
Obsolescencia y políticas de renovación ambiental en el sector turístico	SÍ	
Oil, pollution, and crime: Three essays in public economics	SÍ	
On the determinants of Original Sin: An empirical investigation	SÍ	
On the origins of comparative advantage	NO	REPETIDO
On the origins of comparative advantage	SÍ	
On the release of information by governments: Causes and consequences	NO	REPETIDO
On the release of information by governments: Causes and consequences	SÍ	
Only income diverges: A neoclassical anomaly.	SÍ	
Openness, institutions, and policies: Determinants of globalisation and economic growth in developing countries.	SÍ	
Opportunities for improving the quality of hypertension care in a managed care setting	SÍ	
Over the river and through the woods: The evolution of involvement by primary family caregivers in nursing facilities	SÍ	
Panorama de los sistemas de garantía de calidad en Europa: una visión transnacional de la acreditación	SÍ	

Para una evaluación democrática de la calidad de la enseñanza universitaria	SÍ	
Paying for institutional quality: reaching the limits of funding policy?	SÍ	
Physician-independent quality control of health services.	SÍ	
Posibilidades para la comunidad gitana en el mercado laboral del estado español	SÍ	
Postoperative pain management. Aims and organization of a strategy for postoperative acute pain therapy	SÍ	
Procesos innovativos y redes en dos municipios del Conurbano Bonaerense.	SÍ	
Prolonged recovery and delayed side effects of sedation for diagnostic imaging studies in children	SÍ	
Prosperity without conflict	NO	REPETIDO
Prosperity without conflict	SÍ	
Psico-sociocultural variables and the connative meaning of "quality" in higher education.	NO	REPETIDO
Psico-sociocultural variables and the connative meaning of "quality" in higher education.	SÍ	
Quality assessment and institutional change: Experiences from 14 countries	SÍ	
Quality assessment and institutional change: Experiences from 14 countries	SÍ	
Quality assurance in nursing care--approach and implementation of a comprehensive professional and institutional quality assurance project	SÍ	
Quality management in the otolaryngology practice	NO	REPETIDO
Quality management in the otolaryngology practice	SÍ	
Quality matters: Assessing the impact of attending more selective institutions on college completion rates of minorities	NO	REPETIDO
Quality matters: Assessing the impact of attending more selective institutions on college completion rates of minorities	SÍ	
Quality of Care and Mortality among Long-term Care Residents with Dementia	NO	REPETIDO
Quality of Care and Mortality among Long-term Care Residents with Dementia.	SÍ	
Quality of Student Life and Its Impact on Retention in a Higher Education Institution	SÍ	

Rankings internacionales y calidad de los sistemas universitarios	SÍ	
Reaping the benefits of financial globalization.	SÍ	
Reflexiones sobre las antinomias de la inspección educativa en España: un problema sin resolver.	SÍ	
Reforma de la Educación Superior en América Latina. Algunas reflexiones sobre calidad de la enseñanza universitaria, formación del profesorado y las reformas institucionales actuales a partir del análisis del debate en la Universidad uruguaya	SÍ	
Reforma universitaria en España. La síntesis imposible entre la tradición y la mundialización	NO	REPETIDO
Reforma universitaria en España. La síntesis imposible entre la tradición y la mundialización	SÍ	
Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta en la adolescencia	SÍ	
Relationship between preventability of death after coronary artery bypass graft surgery and all-cause risk-adjusted mortality rates	NO	REPETIDO
Relationship between preventability of death after coronary artery bypass graft surgery and all-cause risk-adjusted mortality rates	NO	REPETIDO
Relationship between preventability of death after coronary artery bypass graft surgery and all-cause risk-adjusted mortality rates.	NO	REPETIDO
Relationship between preventability of death after coronary artery bypass graft surgery and all-cause risk-adjusted mortality rates	SÍ	
Resource curse or not: A question of appropriability	NO	REPETIDO
Resource curse or not: A question of appropriability	SÍ	
Resource intensity, institutions, and development	NO	REPETIDO
Resource intensity, institutions, and development	SÍ	
Resources and incentives to reform	NO	REPETIDO
Resources and incentives to reform	NO	REPETIDO
Resources and incentives to reform	SÍ	
Review of analgesia use in the intensive care unit after heart surgery	SÍ	

Sabbatical leave programs as a form of faculty development	SÍ	
Salir del atraso en América Latina	SÍ	
Servicios sociales: retos y perspectivas	SÍ	
Social and institutional factors of economic development: Evidence from Europe	SÍ	
Social development and industry level foreign direct investment	SÍ	
Socio-economic factors and the finance-growth nexus	SÍ	
South-East Asian export performance: External market access and internal supply capacity	SÍ	
State capture, income and institutional quality	SÍ	
State capture, income and institutional quality	NO	REPETIDO
States and markets: The advantage of an early start	SÍ	
Strength and commitment of the state: It takes two to tango - A case study of economic reforms in Argentina in the 1990s	NO	REPETIDO
Strength and commitment of the state: It takes two to tango - A case study of economic reforms in Argentina in the 1990s	SÍ	
Strengthening institutional competitiveness through quality education: The case of the University of Zulia	SÍ	
Supervising for quality: An empirical examination of institutional arrangements in China's construction industry	SÍ	
Sustainability and human development	SÍ	
Tarea primaria, dinámica institucional y garantía de calidad en Salud Mental	SÍ	
Tax morale and conditional cooperation.	NO	REPETIDO
Tax morale and conditional cooperation	SÍ	
Technology trade in economic development.	SÍ	
Testing Baumol: Institutional quality and the productivity of entrepreneurship	SÍ	
Testing Baumol: Institutional quality and the productivity of entrepreneurship	NO	REPETIDO

Testing the links: How strong are the links between institutional quality and economic performance?	SÍ	
The Argentinian failure". Interpreting the economic evolution in the 'short XX century	SÍ	
The colonial origins of human security: Economic, geographic, and institutional determinants	SÍ	
The democracy deficit and mass support for an EU-wide government.	NO	REPETIDO
The democracy deficit and mass support for an EU-wide government.	SÍ	
The determinants of financial development: Institutions, openness and financial liberalization	SÍ	
The determinants of financial development: Institutions, Openness and Financial liberalisation.	NO	REPETIDO
The determinants of the institutional quality of countries	SÍ	
The determinants of the institutional quality of countries.	NO	REPETIDO
The Effect of Macro-level Social Capital on Sustainable Economic Development	NO	REPETIDO
The Effect of Macro-level Social Capital on Sustainable Economic Development	SÍ	
The effects of policy, institutions and geography on economic growth in Africa: An econometric study based on cross-section and panel data	SÍ	
The effects of policy, institutions and geography on economic growth in Africa: An econometric study based on cross-section and panel data	NO	REPETIDO
The evolution of institutions in India and its relationship with economic growth.	NO	REPETIDO
The evolution of institutions in India and its relationship with economic growth	SÍ	
The experiences and challenges for adjudication on refugee law in Slovenia	SÍ	
The great divide revisited: Ottoman and Habsburg legacies on transition	NO	REPETIDO
The great divide revisited: Ottoman and Habsburg legacies on transition	SÍ	
The impact of tax morale and institutional quality on the shadow economy	NO	REPETIDO
The impact of tax morale and institutional quality on the shadow economy	SÍ	

The informal economy and the growth of small enterprises in Russia	SÍ	
The institutional challenge of the ACP/EU economic partnership agreements	NO	REPETIDO
The institutional challenge of the ACP/EU economic partnership agreements	SÍ	
The institutional determinants of bilateral trade patterns.	NO	REPETIDO
The institutional determinants of bilateral trade patterns.	SÍ	
The location determinants of FDI in the GCC countries." Journal of Multinational Financial Management	SÍ	
The New Affirmative Action: Socioeconomic Preference Criteria in College Admissions	NO	REPETIDO
The New Affirmative Action: Socioeconomic Preference Criteria in College Admissions	NO	REPETIDO
The New Affirmative Action: Socioeconomic Preference Criteria in College Admissions	SÍ	
The New England Colorectal Cancer Quality Project: A prospective multi-institutional feasibility study	SÍ	
The New England Colorectal cancer quality project: A prospective multi-institutional feasibility study	NO	REPETIDO
The primacy of institutions reconsidered: Direct income effects of malaria prevalence	NO	REPETIDO
The primacy of institutions reconsidered: Direct income effects of malaria prevalence	SÍ	
The quality of institutions: A genetic programming approach	SÍ	
The quality of Latin American institutions.	SÍ	
The relation between trade and FDI in developing countries - A panel data approach.	SÍ	
The resource curse revisited and revised: A tale of paradoxes and red herrings	NO	REPETIDO
The resource curse revisited and revised: A tale of paradoxes and red herrings	SÍ	
The safety journal: Lessons learned with an error reporting tool to stimulate systems thinking	SÍ	
The Thai Anesthesia Incidents Study (THAI Study) of anesthetic outcomes: II anesthetic profiles and adverse events	SÍ	
The use (and abuse) of governance indicators in economics: A review	SÍ	

Trade and productivity	SÍ	
Trade Facilitation and Manufactured Exports: Is Africa Different?	SÍ	
Trade policy and productivity	NO	REPETIDO
Trade policy and productivity	NO	REPETIDO
Tribe or nation? Nation building and public goods in Kenya versus Tanzania	SÍ	
Turismo, arquitectura e identidad urbana: El caso de tres ciudades recientes en la costa del Caribe, México, Santander: CEEIB	NO	TEMÁTICA
Un nuevo estatuto de autonomía para Andalucía	SÍ	
Underestimating institutions?	NO	REPETIDO
Underestimating institutions?	SÍ	
Universidad, sociedad y empresa: orientaciones estrategias de extensión universitaria y comunicación institucional	SÍ	
Using publications counts to measure an institution's research productivity	NO	REPETIDO
Using publications counts to measure an institution's research productivity	SÍ	
Variables organizacionales que influyen en la calidad de los servicios que brinda la Facultad de Derecho de una universidad privada del Perú	SÍ	
Well-developed Financial Intermediary Sector Promotes Stock Market Development	NO	TEMÁTICA
What can we learn about financial access from U.S. Immigrants? The role of country of origin institutions and immigrant beliefs	NO	REPETIDO
What can we learn about financial access from U.S. Immigrants? The role of country of origin institutions and immigrant beliefs	SÍ	
What Determines Financial Development? Culture, Institutions or Trade	NO	REPETIDO
What Determines Financial Development? Culture, Institutions or Trade	SÍ	
What does the institutions climate index for OECD countries tell us about institutional change and economic policy reforms?	SÍ	
What drives international financial flows? Politics, institutions and other determinants	NO	REPETIDO
What drives international financial flows? Politics, institutions and other determinants	SÍ	

What drives the optimal bankruptcy law design?	NO	REPETIDO
What drives the optimal bankruptcy law design?	SÍ	
What fundamentally drives growth? Revisiting the institutions and economic performance debate	SÍ	
Why doesn't capital flow from rich to poor countries? An empirical investigation	NO	REPETIDO
Why doesn't capital flow from rich to poor countries? An empirical investigation	SÍ	
Worldwide shadow education: Outside-school learning, institutional quality of schooling, and cross-national mathematics achievement	NO	REPETIDO
Worldwide Shadow Education: Outside-School Learning, Institutional Quality of Schooling, and Cross-National Mathematics Achievement	NO	REPETIDO
Worldwide shadow education: Outside-school learning, institutional quality of schooling, and cross-national mathematics achievement	SÍ	

ANEXO III
RESULTADOS OBTENIDOS DE LA REVISIÓN DE LA
LITERATURA

TÍTULO DEL ARTÍCULO	MODELO TEÓRICO	OBJETIVO	ÁMBITO APLICACIÓN	METODOLOGÍA	MUESTRA	INSTRUMENTOS	PROCEDIMIENTOS	RESULTADOS
An analysis of factors responsible for improvement at hospitals participating in the Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes with Early Implementation of the ACC/AHA Guidelines (CRUSADE) quality improvement initiative.	Calidad de atención sanitaria	Mejorar el diseño y aplicar con éxito la mejora de calidad de programas en hospitales.	Salud	Encuesta	212 Hospitales	Herramienta cruzada	Análisis de mínimos cuadrados y modelos de regresión para determinar los principales factores de mejora de calidad en hospitales	Del 2002 al 2004 se obtuvo una mejora significativa en el tratamiento de la cardiología coadvocate, en la financiación de la institución para la mejora de la calidad y en los recursos culturales. Y por otro lado se identificaron los factores institucionales relacionados con la mejora de la calidad de la atención en el tratamiento de alto riesgo de la cardiología coadvocate
...Do that and I'll raise your grade'. Innovative module design and recursive feedback	Evaluación universitaria	Desarrollar un proceso de retroalimentación entre estudiantes y tutores para mejorar la experiencia formativa.	Educación	No aparecen	No lo determinan	No aparecen	El proceso consta de cuatro etapas: presentación de trabajo por escrito,	La innovación fue acogida favorablemente por los estudiantes y se mejoraron los grados en comparación con el módulo anterior.

¿Tiene la empresa española el peor entorno institucional de la OCDE?	Calidad del marco institucional de la empresa española	Comparar las instituciones entre países y medir los efectos de sus reformas.	Laboral	No aparece	Base de datos del banco mundial: Doing Business 2004	No aparecen	No aparece	Nuestras instituciones son inferiores a las de los países de la Unión Europea y la OCDE.
A model of growth augmented with institutions	Calidad institucional y crecimiento económico	Mostrar que la inclusión de indicadores institucionales en el modelo tradicional de crecimiento mejora sustancialmente su capacidad explicativa.	Economía.	No aparece	165 países	Sistema de indicadores.	No parece.	No todas las dimensiones de la calidad institucional influyen en el crecimiento en la misma medida.
A semiparametric Bayesian proportional hazards model for interval censored data with frailty effects	Evaluación de la calidad en instituciones sanitarias mediante un modelo de crecimiento aumentado.	Proponer un modelo interinstitucional para la evaluación de la calidad	Salud	MCMC	No aparece	Software survbayes	MCMC combinada con los procedimientos de imputación son usados para implementar modelos jerárquicos para datos censurados intervalo dentro de un marco Bayesiano	La propuesta apoya la utilización del software de análisis complejo en muchos campos de la epidemiología clínica, así como en los servicios de investigación sanitarios.

Aid volatility and donor-recipient characteristics in 'difficult partnership countries'	Calidad en de instituciones de beneficencia	Explorar si las instituciones beneficiarias y las políticas se asocian con una mayor volatilidad para poder establecer las características de los donantes.	Social	No aparece	66 países	No aparece	No aparece	La calidad institucional y la estabilidad macroeconómica afectan al tipo de ayuda que puedan ofrecer las instituciones que prestan ayuda.
Alguna precisión sobre las nuevas tecnologías y la democracia deliberativa y participativa	Participación democrática en la calidad	Proporcionar algunas reflexiones generales que sirvan de guía para el diseño institucional de mecanismos de participación	Tecnologías de la Información y la comunicación	No aparece	Campaña del Ayuntamiento de Barcelona ¿y tú que harías?	No aparece	No aparece	Se trata de una campaña muy mal diseñada que infringe buena parte de las consideraciones generales previamente identificadas.
An analysis of an implantable dosimeter system for external beam therapy	Calidad de la implementación de la dosimetría para usuarios con cáncer.	Revisar los datos de un sistema de implementación de dosimetría de la radiación utilizada en un entorno clínico y examinar las correlaciones entre las lecturas del dosímetro y las posibles fuentes de error causales.	Salud	MOSFET	18 Pacientes	dosímetros	Los dosímetros fueron colocados en tejido tumoral del paciente, una vez allí se predicen los valores de dosis establecidos por la imagen de los dosímetros.	El estudio in vitro confirmó que puede haber un error de +/- 5% debido a errores de configuración, planificación y producción de maquinas.

An Institutional Quality Improvement Initiative for Pain Management for Pediatric Cancer Inpatients	No aparece	Describir las iniciativas implementadas para la mejora de la calidad en el manejo del dolor	Salud	cualitativa	2479 cartas	No aparece	auditorias	El 66% de los pacientes se ha tratado el dolor de manera eficaz.
Análisis y ampliación del SERVQUAL en los servicios universitarios.	Calidad Universitaria	Obtener excelencia institucional en las Universidades	Educación	No aparece	No aparece	SERVQUAL	Utilizaron el SERVQUAL para la recogida de información, además elaboraron una propuesta alternativa en el número de ítems de cada dimensión y las subescalas de la medición de la calidad.	Los resultados permitirán la discusión teórica sobre los componentes esenciales de la calidad y la creación de medidas estandarizadas de calidad de servicios y satisfacción de usuarios.
Aplicación de la teoría de la decisión en la elección de compañero en una residencia de ancianos	Calidad de servicios en residencias de ancianos.	Revisar los criterios que guían la práctica asistencial para adecuarlos a las necesidades de las personas mayores.	Social	No aparece	La Residencia de Tercera Edad Mixta de Almería.		No aparecen	No aparecen

Application of focus group interviews for quality management: An action research project	Calidad Universitaria: Evaluación de la calidad universitaria desde metodología cualitativa	Proponer un modelo de evaluación de la calidad universitaria desde una metodología cualitativa, concretamente entrevistas en profundidad con grupos focales.	Educación	Cualitativa	No aparece	Entrevistas en profundidad	No aparecen.	Nuestros resultados sugieren que emplear entrevistas de grupos focales es un método valioso para obtener una visión más clara que nos permita profundizar en los resultados cualitativos de la gestión de la calidad.
Assessment and the quality of educational programs: What constitutes evidence?	Evaluación de la calidad Universitaria	Profundizar en los problemas de la implementación de sistemas de evaluación/ acreditación en instituciones educativas.	Educación	No aparece	Programa de acreditación del Consejo de Ingeniería de Sudáfrica.	No aparece	No aparecen	La evaluación es un acto de interpretación situado en un contexto social, las principales pruebas de evaluación de la calidad se limitan a la fuerza y la eficacia de la validación de los sistemas de acreditación sin tener en cuenta los ámbitos educativos, políticos y sociales dónde se desarrollan.

Avances y retos en prevención del abuso de drogas.	Calidad, eficacia y eficiencia de los programas de prevención para el abuso de drogas.	Presentar una revisión de la evolución de las intervenciones para la prevención del abuso de drogas en España.	Social	No aparece.	No aparece	No aparece	No aparecen	Progresiva implicación institucional en el ámbito preventivo. Aumento del bagaje práctico de los equipos profesionales encargados de la intervención preventiva. Se ha conseguido un grado suficiente de consenso sobre los objetivos de prevención y se ha incrementado la disponibilidad de la información procedente de estudios prospectivos, experimentos en neurociencias y diseños experimentales sobre la eficacia de distintas intervenciones para el cambio del comportamiento y actitudes relacionadas con las drogas.
--	--	--	--------	-------------	------------	------------	-------------	---

Bands and bypasses: 30-Day morbidity and mortality of bariatric surgical procedures as assessed by prospective, multi-center, risk-adjusted ACS-NSQIP data	Calidad sanitaria: Programa de mejoramiento de la calidad en el colegio de cirujanos de América.	Comparar dos tipos de intervenciones laparoscópica Roux en Y bypass gástrico y mediante bandas gástricas ajustables para el mejoramiento de la calidad.	Salud	No aparece	5777 pacientes tratados en el 2005 y en el 2006.	No aparece	comparativa de dos procedimientos quirúrgicos el ORYGB y el LRYGB	Los pacientes sometidos a ORYGB en un plazo de 30 días han experimentado una mayor mortalidad (0,79% vs 0,17%, p = 0,002). Después de ajuste por riesgo, ORYGB siguió demostrando mayor probabilidad de complicación (OR = 2,04 [1,54, 2,69]).
Bank efficiency and foreign ownership: Do good institutions matter?"	Eficiencia de los bancos extranjeros	Indagar si la eficiencia de los bancos extranjeros depende de la calidad institucional de país de acogida.	Economía		2095 bancos comerciales en 105 países durante los años 1998-2003	No aparece	Análisis estocástico de frontera	La propiedad extranjera afecta negativamente a la eficiencia bancaria, en los países con buen gobierno este efecto negativo es menor. El aumento de la calidad en las Instituciones en el país de origen junto con las del país de destino reduce la ineficiencia.

Banking on the principles: Compliance with Basel Core Principles and bank soundness	Gestión de calidad en Instituciones Financieras.	Determinar cuáles de los principios básicos de Basilea influye de manera más significativa en la fortaleza financiera de los bancos.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	De los principios que básicos de Basilea solo afectan los principios de control de los índices generales de calidad institucional y el de las variables macroeconómicas. los países cuyo objetivo sea mejorar la regulación y supervisión bancaria debe considerar la posibilidad de dar prioridad al suministro de información sobre otros elementos de los principios básicos.
Bureaucratic complexity and impacts of corruption in utilities.	Calidad institucional y procesos burocráticos en instituciones públicas	Explorar en qué medida la complejidad burocrática y la corrupción afecta en el desempeño de las empresas de servicios públicos en todos los países.	Administración Pública	No aparece	Base de datos del banco mundial: Doing Business	No aparece	No aparece	El análisis señala la importancia de considerar el marco institucional y la calidad institucional en la introducción de nuevos procedimientos burocráticos.

Business environment and enterprise behavior in East Germany compared to West Germany and Central Europe	Comparativa de las instituciones en Alemania y 4 países de Europa central.	Examinar las diferencias institucionales entre Alemania Oriental y Occidental y cuatro países de Europa central (República Checa, Hungría, Polonia y República Eslovaca).	Administración Pública	Encuesta	No aparece	No aparece	No aparece	El desempeño institucional en Alemania del Este es considerablemente diferente al de Alemania Occidental. Los países en transición de Europa han mostrado la misma calidad institucional en muchas áreas. Las empresas de los países en transición se han centrado en desarrollar el nivel de las empresas, la innovación y la inversión en capital humano mientras que en Alemania oriental focaliza su desarrollo en inversiones en nuevos productos y procesos.
Calidad de la docencia universitaria: procesos clave.	Calidad universitaria	conocer los principales indicadores de calidad en docencia universitaria, centrándose en los referentes a procesos claves	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	revisión de las principales aportaciones nacionales e internacionales	Las categorías resultantes: repercusión en el trabajo, grado de satisfacción y cumplimiento o logro, ligados con indicadores; apoyo institucional, desarrollo profesional, docencia y tutoría.

Calidad institucional y factores político-culturales: un panorama internacional por niveles de renta.	Indicadores para medir la gestión del gobierno Kaufmann, Kraay y Zoido -Lobaton	factores que determinan la calidad institucional	Teórico-conceptual: economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Países pobres (etnolingüísticamente heterogéneos, origen legal francés, socialista católico y musulmanes) cuentan con inferiores desempeños institucionales. Imposibilidad de ofrecer una respuesta global a los determinantes de la calidad institucional.
Calidad institucional y renta per cápita: un repaso de los resultados empíricos	Calidad institucional y crecimiento económico	relación calidad institucional y renta per cápita	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	No aparecen
Calidad y ética en los centros especiales de empleo: una reflexión para el debate	Calidad y ética en centros de empleo.	Abrir el debate necesario para que se pueda producir un posicionamiento institucional consensuado entorno a la calidad y la ética en los Centros Especiales de Empleo.	Social: centros Especiales de Empleo	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	No aparecen

Can Institutions Resolve Ethnic Conflict?	Calidad Institucional y diversidad étnica.	Explora el potencial de las instituciones para disipar los efectos perjudiciales de la diversidad étnica y el conflicto en las sociedades desarrolladas.	Administración Pública	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Las instituciones pobres actúan para reforzar el fraccionamiento étnico lo que tiene consecuencias negativas en la economía.
Capital account convertibility, poor developing countries, and international financial architecture	Liberalización capital, calidad institucional y crecimiento económico.	No aparece.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	La liberalización de capital puede ofrecer beneficios modestos en países pobres, pero ello depende de la liberalización del sector bancario, en la política y en la calidad institucional.
Causality and feedback between institutional measures and economic growth	Calidad institucional y crecimiento económico	Presentar algunas evidencias empíricas sobre la relación causal entre medidas institucionales y crecimiento económico.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Cuanto más pobre sea el país mayor es la influencia de la calidad institucional en el crecimiento económico. Sin embargo, también se da una causalidad inversa, esto es que el crecimiento económico influye en la calidad institucional.

Choosing (and renege on) exchange rate regimes.	Calidad institucional y regímenes de cambio.	Comprobar si los países que cambian de régimen monetario realmente mantienen el cambio.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Los países con peor calidad institucional tienen dificultades en mantener los regímenes de cambio. Por el contrario, muchos países con instituciones relativamente buenas gestionan el anuncio de cambios para señalar sus diferencias con respecto a los países incapaces de mantener sus promesas de estabilidad monetaria.
Connecting two views on financial globalization: Can we make further progress?	Calidad Institucional y Globalización	Entender por qué los países en desarrollo no se benefician automáticamente de la globalización financiera.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	Para ello se ha propuesto tanto la necesidad de una mínima calidad institucional (la hipótesis de umbral) y la posibilidad de variar la volatilidad de los diferentes tipos de flujos de capital (la hipótesis de composición).	No aparecen.

Convergence and divergence between institutional "quality control" and the well-being of residents in certified medicalsocial nursing institutions	Sistema de gestión de calidad en salud	relación entre introducción del sistema de gestión de calidad y bienestar de los residentes	Salud	cualitativa	280 entrevistas	Entrevistas en profundidad	Secuencias de observación, análisis de documentos, reuniones	Los cambios en los profesionales son positivos pero inciertos en los resultados sobre los beneficios sobre los residentes
Corruption and environmental policies: What are the implications for the enlarged EU?	Gestión de la calidad de las políticas medioambientales.	Analizar la prescripción de la normativa medioambiental para los nuevos Estados miembros de la Unión Europea.	Medio Ambiente.	No aparece	No aparece	Documento de las estimaciones de los factores determinantes de las políticas medioambiental es.	No aparece	El nivel de corrupción es el nivel más importante para explicar la variabilidad en las políticas ambientales aplicadas. La reducción de las normas ambientales en los nuevos Estados miembros no se relaciona con la disminución de los niveles de ingreso que poseen, pero es probable que refleje una baja calidad institucional. Concluyen que la armonización de las políticas ambientales a nivel de la Unión Europea puede ser la forma de abordar el problema.

<p>Corruption in candidate countries of the European Union. A cross-national comparison of institutional quality and corruption</p>	<p>Calidad Institucional y corrupción.</p>	<p>Examina el alcance, las causas y consecuencias de la corrupción en los países candidatos de la Unión Europea una doble perspectiva comparada.</p>	<p>Administración Pública</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Por un lado, se comparan los países candidatos con los actuales Estados miembros de la UE, y por el otro, con los países post-comunistas.</p>	<p>Las diferencias entre los países post-comunistas se explicaron institucionalmente por su éxito variable en el establecimiento de una democracia efectiva y una economía de mercado. Además, se demuestra que la corrupción reduce la satisfacción de los europeos de la Europa central y oriental en cuanto a la eficacia de la democracia y, por tanto, es un obstáculo para la consolidación de las nuevas democracias.</p>
<p>Corruption in Candidate Countries of the European Union. A Cross-National Comparison of Institutional Quality and Corruption</p>		<p>Examinar el alcance, las causas y las consecuencias de la corrupción en los países candidatos de la Unión Europea en una doble perspectiva comparada.</p>						

Corruption trends and social capita	Calidad institucional y corrupción	Examinar las tendencias de la corrupción.	Administración Pública.	No aparece	30 países y 3 regiones.	medida Kendall	de	Primero realizan una medida general, después una submuestra de 22 países europeos.	La corrupción está aumentando en África y en la Europa postcomunista mientras que en los países de Oriente son cada vez menos corruptos. La principal fuerza impulsora de la variación de la tendencia de la corrupción subyace en el capital social. Las recientes investigaciones en el capital social indican que la reducción de la desigualdad de los ingresos y la inversión en educación ayuda a conseguir una mayor estabilidad política y calidad institucional.
-------------------------------------	------------------------------------	---	-------------------------	------------	-------------------------	----------------	----	--	---

Corruption, the resource curse and genuine saving	Calidad institucional y crecimiento económico	Aplicar la conclusión más convincente de la literatura sobre el crecimiento económico a los datos sobre el ahorro genuino, esto es, que el fracaso institucional deprime el crecimiento económico.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	Ahorro genuino es una medida de la inversión neta en la producción de recursos naturales y de capital humano. Es una condición necesaria para el desarrollo sostenible débil ahorro genuino de que no se persistentemente negativo. Sin embargo, según los datos proporcionados por el Banco Mundial, los países ricos en recursos naturales son los que sistemáticamente no cumplen esta condición. Junto a la conocida maldición de los recursos en el crecimiento económico, la abundancia de recursos puede tener un efecto negativo sobre ahorro genuino.	En cifras brutas estamos en retroceso en: el ahorro genuino y en tres de los indicadores de calidad institucional relacionados con un indicador de la abundancia de recursos que son la corrupción, la calidad burocrática y el imperio de la ley. Nos parece que la reducción de la corrupción tiene un impacto positivo en el ahorro genuino en su interacción con la abundancia de recursos. Es decir, el efecto negativo de la abundancia de recursos de ahorro genuino se reduce ya que la corrupción se reduce.
---	---	--	----------	------------	------------	------------	--	---

Cows and conquistadors: A contribution on the colonial origins of comparative development	Calidad institucional y desarrollo económico	Proponer un instrumento válido para determinar la incidencia de las instituciones políticas y económicas en el desarrollo económico de la época colonial.	Economía	No aparece	No aparece	Tasas de mortalidad de los colonos.	No aparece.	Las colonias con una ventaja comparativa natural de pastoreo en la agricultura fueron más propensas a experimentar la colonización europea que llevó a la no extracción de las instituciones autóctonas.
Cursing the blessings? Natural resource abundance, and institutions, and economic growth	Desde Sachs y Warner [Sachs, JD, y Warner, AM (1995a). Abundancia de recursos naturales y el crecimiento económico. NBER Working Paper, no. 5398], se ha producido un animado debate sobre la llamada maldición de los recursos naturales.	Este documento examina de nuevo los efectos de la abundancia de recursos naturales en el crecimiento económico mediante nuevas medidas de dotación de recursos y teniendo en cuenta el papel de la calidad institucional.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	Operación 2SLS y regresiones.	Nos parece haber una relación positiva directa entre la abundancia de recursos naturales y el crecimiento económico. En los resultados de ambos análisis, los efectos positivos de los recursos son muy fuertes para la riqueza del subsuelo. Nuestros resultados también muestran que no hay ninguna evidencia de efectos indirectos negativos de los recursos naturales a través del canal institucional

Data on Higher Education in the United States: Are the Existing Resources Adequate?	calidad en Enseñanza superior	catalogo de recursos de datos existentes, limitaciones de la calidad de las fuentes de datos, necesidad de nuevas bases de datos	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	El análisis de necesidades: auge de organizaciones con fines de lucro, empresas existentes y recursos existentes = nuevos mercados para la educación postsecundaria	No aparecen
---	-------------------------------	--	-----------	------------	------------	------------	---	-------------

<p>De la democracia participativa a la democracia de consumidores: el papel de las familias como agente educativo</p>	<p>Calidad en centros educativos</p>	<p>Analizar las últimas tendencias en política educativa en España y observar su influencia en la participación educativa de las familias.</p>	<p>Educación</p>	<p>No aparece</p>	<p>Las diferentes medidas adoptadas por el gobierno en materia educativa, centrándose en la Ley de calidad (L.O.C.E).</p>	<p>Para analizar las tendencias se centran principalmente en cuatro aspectos: la democratización educativa, la libertad de elección y creación de centros, la descentralización y los procesos de evaluación institucional.</p>	<p>Las últimas actuaciones en materia educativa por parte del gobierno afectan tanto a la participación del profesorado como al papel restringido de los Consejos Escolares en las decisiones sobre el proyecto educativo de los centros. Esta dimensión de la última reforma va acorde con los procesos de reconversión de la participación social en las democracias occidentales, primando el papel de las familias como clientes de un servicio o producto, limitando el ejercicio de los derechos ciudadanos e imponiendo una "democracia de consumidores".</p>	
---	--------------------------------------	--	------------------	-------------------	---	---	--	--

De los modos tradicionales de gestión a la práctica de un sistema integral de la calidad institucional	Calidad Universitaria (modelo gestión integral de la calidad)	describir el proceso modelo y la aplicación -	Educación	Cualitativa, participativa y activa	No aparece	instrumento de recogida de datos, modelo		Los datos muestran sugerencias y resultados para tomar decisiones en futuros procesos de evaluación integral.
Debt relief and credit to the private sector in African countries	Calidad institucional y crecimiento económico	El propósito del documento es investigar empíricamente la relación entre el alivio de la deuda y el crédito al sector privado en los países de África.	Economía	Método de panel durante el período 1988-2004		No aparece	Parten de la hipótesis de Christensen (2004) de que la deuda interna tiene un impacto negativo sobre el crédito al sector privado.	Los principales resultados del documento son los siguientes: (1) el alivio de la deuda tiene un efecto positivo y significativo sobre el crédito al sector privado a corto plazo, (2) a largo plazo, el alivio de la deuda tiene efectos positivos sobre el crédito interno a la sector privado sólo cuando se asocia con una buena calidad institucional inicial

Decentralization and public services: the case of immunization	Descentralización de servicios públicos y Calidad Institucional.	Este estudio examina el impacto de la descentralización política en un servicio público esencial en casi todos los países: la inmunización en la infancia.	Administración Pública	No aparece	140 países	No aparece	Se examina la relación empíricamente utilizando una serie cronológica de datos conjuntos de 140 países con bajos y medianos ingresos entre 1980 y 1997.	El estudio considera que la descentralización tiene diferentes efectos en países de bajos y medianos ingresos. En el grupo de países de bajos ingresos, los países descentralizados tienen mayores tasas de cobertura que los centralizados, con una diferencia media del 8,5 por ciento para las vacunas del sarampión y de la DPT3 . En el grupo de ingresos medios, los países descentralizados tienen menores tasas de cobertura que los centralizados, con una diferencia media del 5,2 por ciento para el mismo tipo de vacunas. Ambos resultados son significativos en el nivel de 99 por ciento. En el grupo de bajos ingresos, la asistencia para el desarrollo reduce los beneficios de la descentralización. En el grupo de ingresos medios, el gobierno democrático mitiga los efectos negativos de la descentralización y revierte los efectos negativos de las tensiones étnicas y etnolingüísticas, pero
--	--	--	------------------------	------------	------------	------------	---	---

Deferred costs and economic returns to college major, qua and performance	Calidad universitaria e ingresos de postgraduados.	Examinar la relación entre el endeudamiento de los alumnos tras graduarse en la Universidad y los ingresos que perciben una vez incorporados en el mercado laboral.	Educación	No aparece	No aparece	No aparece.	La primera se utilizaron los datos de bachillerato y más adelante, una muestra nacional de los recientes graduados de la universidad, para proporcionar una descripción actualizada de la distribución de los ingresos de los trabajadores a tiempo completo a partir de una serie de grandes áreas académicas. En segundo lugar, se desarrollo un modelo que incorpora múltiples ingresos demográficos, los antecedentes familiares, educación, mercado laboral y otras variables a fin de examinar los impactos de cada uno de estos factores sobre los ingresos de postgrado. En tercer lugar, utilizando el subconjunto de los estudiantes que denuncian el endeudamiento como consecuencia de los gastos de su educación de	Los resultados sugieren distintos patrones en los ingresos de los graduados y en las ratios de deuda e ingresos, que varían según el expediente académico, el grado de rendimiento, y el tipo de institución que frecuente.
---	--	---	-----------	------------	------------	-------------	--	---

Determinantes de la calidad institucional de los países	Indicadores para medir la gestión del gobierno Kaufmann, Kraay y Zoido -Lobaton	factores que determinan la calidad institucional de los países	Teórico-conceptual: economía	No aparece	diferentes submuestras	No aparece	No aparece	No aparecen
---	--	--	------------------------------	------------	------------------------	------------	------------	-------------

Determinants of foreign direct investment in services	Calidad Institucional e inversión extranjera directa.	Examinar en los países anfitriones los factores determinantes de los flujos de inversión extranjera directa en los servicios en su conjunto y en las principales industrias de servicios.	Economía		57 países en 1989-2000	No aparece	No aparece	La calidad institucional y la democracia parecen ser factores más importantes para la inversión extranjera directa en los servicios que el riesgo de inversión o de estabilidad política. La democracia influye en la inversión extranjera directa sólo para los países en desarrollo, lo que sugiere que la ausencia de democracia va en detrimento de la inversión por debajo de un determinado umbral. En consonancia con la observación de que muchos servicios no son comercializables, encontramos que la inversión extranjera directa es el servicio de búsqueda de mercado, y no se ven afectados por la apertura comercial. Encontramos una fuerte correlación entre la inversión extranjera directa en la manufactura y la inversión extranjera directa en los productores de servicios como las finanzas y el transporte.
---	---	---	----------	--	------------------------	------------	------------	--

Dimensiones de evaluación de la calidad universitaria en el Espacio Europeo de Educación Superior.	Calidad Universitaria	El presente trabajo trata de establecer las dimensiones básicas sobre las cuales construir un sistema de indicadores de evaluación de la calidad universitaria desde la perspectiva del alumno.	Educación	Encuesta	De los 45751 estudiantes se obtuvo una muestra de 1167 estudiantes matriculados en las Universidades de Salamanca y Córdoba.	Cuestionario	Para la recogida de información recurrimos al diseño de un cuestionario formado por un protocolo de ítems de valoración escalar. Realizaron un análisis factorial para establecer las dimensiones básicas a partir de las cuales establecer los diferentes indicadores de evaluación.	Los resultados obtenidos han aportado un total de 14 factores entre los que destacan, por su potencialidad y utilidad, la satisfacción del alumnado, las competencias académicas y profesionales, la evaluación del rendimiento académico, la enseñanza virtual y la acción tutorial. Discusión: las diferentes pruebas llevadas a cabo han evidenciado que la calidad se define, en primer lugar, por la satisfacción del alumnado, resultados que vienen a refrendar la lógica de los modelos de evaluación institucional implementados en España
--	-----------------------	---	-----------	----------	--	--------------	---	---

Diseño de un Sistema de Información para los procesos de evaluación y acreditación de Titulaciones Universitarias: MEDEA	Calidad universitaria	sistema de información electrónico MEDEA (modelo estructurado de datos para la evaluación y acreditación)	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	No aparecen
Do bilateral investment treaties increase foreign direct investment to developing countries?	Calidad institucional e inversiones extranjeras directas	ofrecer pruebas cuantitativas de que los tratados bilaterales de inversiones aumentan la calidad institucional	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	No aparecen
Do electronic technologies increase or narrow differences in higher education quality between low- and high-income countries?	Calidad Universitaria y nuevas tecnologías	Estimar en qué medida el uso de la nueva tecnología afecta a la calidad de las universidades.	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Existe gran controversia en torno a la noción de la calidad institucional, las medidas son diferentes, y el efecto de estas tecnologías en la calidad depende en gran medida de la definición que se utilice. En los países de renta media utilizan internet y las nuevas tecnologías en menor medida que los países de ingresos altos pero las previsiones indican que están ganando terreno.

Do improvements in government quality necessarily reduce the incidence of costly sudden stops?	Calidad institucional y crisis financiera	Analizar el efecto de la calidad del gobierno sobre las crisis financieras en países emergentes.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	La mejora de la las instituciones puede reducir la frecuencia de las paradas repentinas de los mercados, lo que permite a los países gozar de los beneficios de la globalización financiera con menos riesgo.
--	---	--	----------	------------	------------	------------	------------	---

Do institutions cause growth?	Calidad institucional, crecimiento económico y capital humano.	Profundizar en el debate sobre si las instituciones políticas causan el crecimiento económico, o si, alternativamente, el crecimiento y el capital humano conducen a la mejora institucional.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	<p>Encontramos que la mayoría de los indicadores de la calidad institucional utilizados para establecer la causa de que las instituciones provocan el crecimiento son contruados conceptualmente de forma inadecuada para ese propósito. También encontramos que algunas de las utilizadas en la literatura son deficientes. Resultados básicos de la Operación, así como una serie de pruebas adicionales, sugieren que (a) el capital humano es una fuente básica de crecimiento más que el de las instituciones, (b) En los países pobres el factor más importante es el de las instituciones políticas.</p>
-------------------------------	--	---	----------	------------	------------	------------	------------	---

Does Africa grow differently?	Calidad institucional y crecimiento económico.	Analizar el crecimiento económico en África.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	Parten de dos hipótesis: de que el crecimiento de determinadas variables explicativas con iguales en África que en otros lugares y la medición indirecta de las condiciones iniciales influyen en las variables explicativas del crecimiento.	A partir del análisis de regresión, se muestra que en África el estar cerrado al comercio es una traba para el crecimiento, la abundancia de recursos naturales es perjudicial para el desarrollo institucional. De los diversos factores que reducen el crecimiento de la población y mejoran la calidad institucional en otros lugares, se observa que en el caso de África no se obtienen estos beneficios.
Does financial development promote International trade? : - Evidence from China	Calidad institucional y crecimiento económico.	Explorar una posible relación entre el desarrollo financiero y el comercio exterior de China	Economía	No aparece	No aparece	No parece	Se utilizaron cuatro indicadores para identificar la función de desarrollo financiero, se incluyeron otras variables como la dotación de factores tradicionales, la inversión extranjera directa, la infraestructura y la calidad institucional.	Los resultados sugieren que el desarrollo financiero tiene un gran efecto sobre el comercio de productos manufacturados de China, podemos observar que los indicadores de eficiencia son más importantes que los indicadores de escala para explicar la promoción del comercio.

<p>Does macroeconomic performance affect corporate governance? Evidence from Turkey</p>	<p>Efecto de la gestión empresarial en la calidad de las crisis macroeconómicas.</p>	<p>Este documento examina la relación entre la estabilización macroeconómica y reformas de la gestión empresarial en Turquía desde la crisis de 1999 y 2001.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Demostramos que la perspectiva de la estabilidad macroeconómica ha dado lugar a amplias reformas de gobierno corporativo, por dos razones. En primer lugar, el reciente retorno a la estabilidad macroeconómica ha sido respaldado por las reformas en la gestión del gobierno, que se extendió a la gestión empresarial. Llamamos a este efecto la reforma estatutaria. En segundo lugar, la estabilidad macroeconómica tiende a tener un efecto positivo en las inversiones de las empresas en la gestión empresarial de calidad. Nosotros lo llamamos el efecto de la reforma de la voluntaria. Para justificar estas conclusiones, se examina la evolución post-1999 en las siguientes áreas: la eficacia de las autoridades reguladoras, las normas de transparencia y divulgación, y la calidad del régimen de aplicación.</p>
---	--	--	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	---

Does the impact of institutional quality on economic growth depend on initial income level?	variables institucionales de crecimiento económico	El objetivo de este trabajo es determinar el tratamiento más adecuado para introducir las variables institucionales en un modelo de crecimiento, en función de los niveles de ingresos de los países.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Los resultados muestran que, para los países ricos, el imperio de la ley es fundamental, mientras que, para los países pobres, es el control de la corrupción.
Does the return to university quality differ for transfer students and direct attendees?	Calidad Universitaria.	Examinar el retorno de estudiantes procedentes de la Escuela Secundaria a Universidades de y observar que efectos tienen sobre la calidad en la universidad.	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Los resultados indican que el regreso de los estudiantes a la universidad atrasa drásticamente la calidad educativa. La duración del tiempo pasado en las instituciones de inicio tiene efectos negativos en la por lo que se pone de manifiesto la necesidad de tener en cuenta la trayectoria del estudiante a la hora de examinar el retorno a la educación superior.

Doing business in the Czech Republic an assessment of institutional quality	Regulación de calidad mediante indicadores económicos e institucionales	Describir las características específicas de la legislación de República Checa	Economía	Encuesta	No aparece	No aparece	No aparece	No aparecen
Economic development and the geography of institutions.	Calidad institucional y factores geográficos para el crecimiento económico.	Explicar las diferencias de ingresos de los países teniendo en cuenta dos factores determinantes del desarrollo económico: las instituciones y la geografía.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Se muestra que no solamente hay que tener en cuenta la geografía en términos absolutos como por ejemplo el clima o la falta de litoral, sino que hay que tener en cuenta la relación geográfica, es decir las relaciones espaciales entre los países. Se demuestra que aparte de la calidad de las instituciones propias que tenga un país, la calidad institucional de los países vecinos también es importante para el desarrollo económico del país.

Economic development: Evidence from directed acyclic graphs.	Calidad institucional y crecimiento económico.	Determinar qué factores influyen en el crecimiento del Producto interior Bruto de los países.	Economía	Gráficos acíclicos.	79 economías del mundo y un subconjunto de 59 economías menos desarrolladas		Utilizamos gráficos acíclicos dirigidos al estudio post de sección transversal de datos del 1970 de 79 economías del mundo y un subconjunto de 59 economías menos desarrolladas.	La apertura del comercio, las medidas de ahorro del gobierno y las exportaciones de los recursos naturales son causas directas de crecimiento del PIB. Mientras que la apertura del comercio y el ahorro del gobierno contribuyen negativamente a tasa de crecimiento del PIB, los índices de calidad institucional, la productividad agrícola, la esperanza de vida y el clima del país no son causas directas del crecimiento del PIB.
Economic reform when institutional quality is weak: The case of the Maghreb	Calidad institucional mediante inversión de recursos	No aparece	Economía	No aparece	No aparece	índice de libertad	No aparece	El paso de una baja calidad institucional a un mejoramiento parcial puede reducir los ingresos per cápita.

Edición web distribuida en un portal institucional	Calidad institucional y nuevas tecnologías.	Se ofrece un estudio de caso en torno a la administración y gestión del contenido de portales institucionales.	Informática	No aparece	No aparece	No aparece	Se describe la estructura y funcionamiento de un sistema de edición web distribuido, implantado en el portal administrativo de la Consejería de Educación y Cultura de la Región de Murcia, aportándose indicaciones y recomendaciones generales para un óptimo rendimiento del sistema.	Se resaltan los beneficios de la descentralización de la edición web como método para consecución de una oferta de contenido de calidad en los portales dependientes de las distintas administraciones públicas, así como la consideración del portal institucional como servicio público añadido a la gestión administrativa.
--	---	--	-------------	------------	------------	------------	--	--

<p>Effects of a quality improvement collaborative on the outcome of care of patients with HIV infection: The EQHIV study</p>	<p>Mejoramiento de la calidad y evaluación.</p>	<p>Evaluar la eficacia de un programa para la mejora de la calidad en la atención de pacientes infectados por el VIH llevado a cabo por diferentes instituciones.</p>	<p>Salud</p>	<p>Diseño Controlado por estudio pre y post intervención.</p>	<p>Participaron 44 clínicas de intervención y 25 clínicas de control acompañado de zona (urbana o rural), región, tamaño y tipo de clínica. En total la muestra la comprendían 9986 pacientes</p>		<p>Registros médicos. Las medidas utilizadas incluyen el uso y la eficacia de la terapia antirretroviral, la detección y la profilaxis, y el acceso a la atención.</p>	<p>Las características sociodemográficas y clínicas de la intervención y el control de los pacientes fueron similares ($P > 0,05$). Las diferencias en los cambios en la calidad de la atención no fueron estadísticamente significativas. La proporción de pacientes con carga viral suprimida en los pacientes del grupo intervención fue de un aumento de 11 puntos porcentuales (de 40,1% a 51,1%) mientras que para el grupo control fue del 5,3 (de 43,6% a 48,8%). Aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($P = 0,18$). Además, las tasas de pruebas de detección y la profilaxis no fueron diferentes entre los sitios ni en los grupos de intervención ni en los de control. No fue posible realizar un ensayo aleatorio puro de la intervención o evaluar otras medidas de calidad, tales como la adhesión y satisfacción.</p>
--	---	---	--------------	---	---	--	--	---

Eficacia de la ayuda: un enfoque desde las instituciones.	Calidad en las instituciones de Ayuda.	El presente trabajo pretende explorar algunas de las debilidades que presenta el sistema de ayuda internacional para operar con eficacia en la promoción del desarrollo.	Social	No aparece	No aparece	No aparece	Se adopta un enfoque institucional, tratando de indagar en los problemas de asimetría de información que se presentan tanto en las relaciones entre donante y receptor como en el seno de las organizaciones de ayuda.	El análisis de estos aspectos le lleva al autor a subrayar la importancia que los procesos de aprendizaje tienen en el enriquecimiento de las intervenciones de desarrollo; así como la relevancia de las actitudes y aptitudes de los agentes para alentar esos procesos de mejora de la calidad de la ayuda.
---	--	--	--------	------------	------------	------------	--	--

<p>El Consejo Nacional Electoral y los dilemas de la competencia electoral en Venezuela</p>	<p>Calidad en la administración pública.</p>	<p>En este trabajo se expone de manera descriptiva el comportamiento del Consejo Nacional Electoral (CNE) en la Venezuela chavista.</p>	<p>Administración Pública</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Se analizan las actuaciones de este organismo electoral en un contexto político, que para el caso venezolano, como mínimo, puede ser clasificado como semidemocrático.</p>	<p>Se destaca que el CNE no es un árbitro imparcial, no porque no lo quieran sus miembros, sino porque ello no es posible en el escenario político e institucional actual en el país, por lo que la calidad de este organismo electoral no puede medirse empleando los mismos criterios que pudieran ser usados para evaluar a otros organismos electorales en democracias electorales.</p>	
---	--	---	-------------------------------	-------------------	-------------------	---	---	--

<p>El examen del CAD y la cooperación española." Revista Española de Desarrollo y Cooperación</p>	<p>Calidad de programas de desarrollo</p>	<p>Valorar los resultados obtenidos en el tercer examen realizado por el Comité de Ayuda al desarrollo.</p>	<p>Programas de cooperación.</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Los examinadores destacaron algunos logros, como la adopción de la Ley de Cooperación o el Plan Director 2001-2004, así como su experiencia y ventaja en apoyo institucional, pero también realizaron recomendaciones con vistas a mejorar la calidad de la Cooperación Española. Se destaca que, aún trabajando mayoritariamente con países de renta intermedia, España debe centrarse en la lucha contra la pobreza. También se recomienda mejorar la coordinación entre instancias donantes, y aumentar los recursos hasta el 0,33% del PNB en el año 2006.</p>	
---	---	---	----------------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	---	--

<p>El modelo americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio.</p>	<p>Calidad Asistencial con usuarios culturalmente diferentes.</p>	<p>Valorar el enfoque general que se ha propuesto para mejorar la calidad de servicios sanitarios con usuarios culturalmente diferentes.</p>	<p>Salud</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Se ha propuesto la competencia cultural como un enfoque general para mejorar estos servicios, lo que implica cambios tanto a nivel institucional como clínico. La gran mayoría de los modelos de competencia cultural se han desarrollado en los Estados Unidos. Pese a disfrutar de un esperanzador comienzo, la competencia cultural en salud mental necesita hoy en día un mayor impulso que permita su correcta definición y adaptación de cara a su efectiva aplicación en el contexto español.</p>	
--	---	--	--------------	-------------------	-------------------	-------------------	---	--

<p>El sistema universitario andaluz al comienzo del tercer milenio.</p>	<p>Calidad Universitaria</p>	<p>Plantear una serie de reflexiones y observaciones relacionadas con el presente sistema universitario andaluz.</p>	<p>Educación</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>En lo concerniente a la financiación el Sistema Universitario Público Andaluz ha experimentado un cambio significativo que lo habilita para iniciar un proceso de acercamiento a los sistemas universitarios en los que la transparencia, la eficacia y la calidad institucional aparecen como señas de identidad. En cuanto al mapa de titulaciones, señalar que las notas que han de caracterizarlo están íntimamente relacionadas con la extensión, el equilibrio y la diversificación, presididas por la adaptabilidad a las demandas sociales y por la viabilidad que las propias universidades han de procurar para el conjunto de sus respectivas ofertas docentes.</p>	
---	------------------------------	--	------------------	-------------------	-------------------	-------------------	---	--

El teletrabajo.	Ausencia de medidas institucionales en la calidad del trabajo.	Se hace un análisis reciente del fenómeno del teletrabajo.	Trabajo	No aparece	No aparece	El enfoque que se lleva a cabo es doble: por una parte, desde la perspectiva del individuo (afirmando que el teletrabajo aumenta su bienestar y calidad de vida) y por otra parte desde la perspectiva de la empresa, prestando especial atención al apartado de costes.	Se pone de manifiesto que es necesario la creación de un marco institucional a nivel nacional que permita maximizar el potencial de este nuevo sistema de trabajo.	
Elaboración de un sistema de indicadores de evaluación de la calidad universitaria desde la perspectiva del alumnado Ignacio González.	Calidad Universitaria	Determinar los elementos que definen una universidad de calidad.	Educación	Encuesta	No aparece	No aparece	No aparece	A partir las respuestas aportadas por estos estudiantes se ha construido un sistema de 21 estándares de calidad y de la definición de lo que, para ellos, constituye una institución universitaria de calidad.

Environment, human development and economic growth	Calidad institucional, desarrollo sostenible y desarrollo económico	Se pretende analizar la relación causal entre el crecimiento económico, desarrollo humano y la sostenibilidad de la combinación de los modelos de "Resource Curse Hypothesis" y "Environmental Kuznets Curve" y la adopción de una perspectiva de desarrollo humana	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	Para analizar los efectos de los recursos naturales en el crecimiento económico se utiliza la llamada "Resource Curse Hypothesis" mientras que para analizar los efectos del crecimiento económico sobre la calidad del medio ambiente se utiliza la "Environmental Kuznets Curve" ya que contribuciones recientes han mostrado el importante papel de las instituciones y las dimensiones de desarrollo humano en la construcción del desarrollo sostenible.	Los resultados confirman la importancia de la alta calidad institucional y de las inversiones para la acumulación de capital humano a fin de construir una senda de desarrollo sostenible.
--	---	---	----------	------------	------------	------------	---	--

Estrategia europea de la responsabilidad social de las empresas	Medidas institucionales entorno a la función social de las empresas.	El artículo describe la Estrategia Europea de Responsabilidad Social de las Empresas	Economía		Libro Verde de la Comisión de 2001	No aparece	La coordinación de las políticas nacionales y, en alguna manera, la aplicación del método abierto de coordinación a respecto a la responsabilidad social de las empresas, no acaba de llegar, porque al parecer, esta nueva, ya no tan nueva, Comisión, no acierta con el tono o con el equilibrio entre la empresa y lo social, entre la voluntariedad y el marco normativo... Mientras tanto, todo está preparado; la infraestructura institucional: los pronunciamientos de los Estados miembros: las aspiraciones sociales: el método o camino para avanzar... Sólo falta la voluntad política de hacerlo, y parece necesario y conveniente.	
---	--	--	----------	--	------------------------------------	------------	---	--

Estrategias para el desarrollo de una cultura evaluativa en la UNED de Costa Rica	Calidad Universitaria	En este artículo se propone un modelo de evaluación para la mejora de la eficacia en la gestión universitaria.	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	Se propone un modelo adaptado para lograr este propósito, basado en modeladores, manifestaciones, impacto de cultura y sus resultados además se incorporan algunos criterios y estrategias que permitan esta transformación.	No aparecen
Evaluation in the Context of Overall Quality Management: The Constitution of Discursive Interplay in a Faculty Staff Meeting	Evaluación y Gestión de la Calidad	Identificar las condiciones para la producción y la materialidad de procesos de gestión de calidad en contextos educativos.	Educación	Cualitativa	Discursos obtenidos en una reunión del personal.	Documento escrito	Desde una perspectiva de análisis de discurso, se examinan los efectos de la generalización de la evaluación, como resultado del proyecto neoliberal común para contextos educativos, desde la perspectiva del poder y el conocimiento.	No aparecen

Explaining the global pattern of current account imbalances.	Calidad institucional y crisis financiera.	Evaluar algunos de los patrones que se han presentado para explicar los desequilibrios en las cuentas corrientes en los EE. UU y los grandes excedentes de las economías en desarrollo en Asia.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	Análisis de Regresión	Encontramos que el superávit de Asia se explica porque el modelo incorpora, además de los factores determinantes de norma, el impacto de las crisis financieras en las cuentas corrientes. Sin embargo, en el modelo estadounidense, incluso cuando se toman medidas para aumentar la calidad, no se puede explicar el gran déficit en las cuentas corrientes.
--	--	---	----------	------------	------------	------------	-----------------------	--

<p>Explaining the national differences in pressure ulcer prevalence between the Netherlands and Germany - Adjusted for personal risk factors and institutional quality indicators</p>	<p>Relación calidad de vida calidad institucional</p>	<p>Explorar los riesgos individuales de la población y los indicadores de calidad institucional como una posible variación en los resultados.</p>	<p>Salud</p>	<p>Estudio transversal en 103 hospitales</p>	<p>(n = 21 378 pacientes) y 129 hogares de ancianos (n = 15 579 habitantes</p>	<p>No aparece</p>	<p>Se analizaron mediante modelos de regresión de efectos aleatorios para calcular las diferencias en las prevalencias en el hogar de ancianos y hospitales, ajustado por riesgo personal para la úlcera por presión y los indicadores de calidad.</p>	<p>Después de ajustar por los factores de riesgo (edad, sexo, Bradenscore), así como para la calidad de las estructuras (el uso de protocolos de tratamiento y prevención, grupos de expertos, folletos de información, la formación de enfermería, úlceras por presión central de estadísticas y la actualización periódica de los protocolos), la posibilidad de el desarrollo de una úlcera por presión fue 6,05 veces mayor (IC 95%: 4.0-9.2) en un hogar de ancianos neerlandés que en un hogar de ancianos alemán</p>
---	---	---	--------------	--	--	-------------------	--	---

Faculty status and rank at liberal arts colleges: An investigation into the correlation among faculty status, professional rights and responsibilities, and overall institutional quality	No aparece	Correlación entre condición personal y calidad institucional	Educación	Encuesta	125 colegios	Encuesta	No aparece	Mejor situación personal más calidad
False positive serologic tests after administration of intravenous gamma globulin: Case report and institutional quality management resolution.	Programa de gestión de calidad sanitaria (para eliminar falsos positivos).	Introducción de un programa de gestión de calidad para eliminar los falsos positivos en pruebas serológicas	Salud	No aparece	No aparece	Índice de falsos positivos	La intervención y el seguimiento gráfico de revisión se realizaron en un hospital docente de atención terciaria. Después de se informó de los resultados del índice de falsos positivos, un equipo multidisciplinario envió notas a todos los afiliados médicos y diseñó una etiqueta de advertencia sobre su uso en el paciente después de las cartas IVIg administración.	El gráfico sugiere que el examen serológico estos resultados no influyen en el tratamiento de los pacientes. Las pruebas serológicas IVIg después de la administración puede generar resultados erróneos que pueden conducir a costosos retrasos en el diagnóstico y tratamiento.

<p>Fertile soil for structural funds? A panel data analysis of the conditional effectiveness of European cohesion policy.</p>	<p>Calidad Institucional y crecimiento económico</p>	<p>Este documento explora empíricamente la eficacia de los Fondos Estructurales Europeos para promover el crecimiento económico de sus Estados miembros y acelerar su convergencia.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>Datos de 13 países de la Unión Europea</p>	<p>No aparece</p>	<p>Mediante análisis de panel</p>	<p>Se demuestra, que en general, los Fondos Estructurales son ineficaces. Sin embargo, para los países con un buen marco institucional si son eficaces, resultado que se obtiene a partir de una amplia gama de variables de condicionamiento; la apertura, la calidad institucional, la corrupción y los indicadores de buen gobierno.</p>
---	--	---	-----------------	-------------------	---	-------------------	-----------------------------------	---

<p>Financial integration, capital mobility, and income convergence</p>	<p>Calidad institucional y crecimiento económico.</p>	<p>Examinar la integración financiera, la movilidad del capital y la convergencia de los ingresos en la Unión Europea.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Europa no se ajusta a los resultados obtenidos en recientes estudios que defienden que el capital se mueve de los países pobres a los países ricos y que cuando la dirección es inversa aporta poco o ningún crecimiento en el flujo de las economías. En la experiencia europea de integración financiera, el capital ha volado de los países ricos a los pobres, y tales flujos se han asociado con una importante aceleración de la convergencia de los ingresos. En análisis más profundos de estudios con grandes muestras de numerosos países se ha demostrado que con la bajada del capital (de países ricos a pobres) los flujos de capital tienden a ser observados por encima de ciertos umbrales en la calidad institucional y en la integración financiera, sin embargo, en Europa se observa una experiencia similar a la de dentro de los Estados Unidos en el que los flujos son</p>
--	---	--	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--

Fixed Exchange Rates and Disinflation in Emerging Markets: How Large Is the Effect?	Calidad institucional y crecimiento económico	Examinar la relación entre los tipos de cambio fijo y la inflación en los mercados emergentes.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	El nivel de desarrollo institucional no ejerce ningún efecto sobre el impacto de los regímenes monetarios, sin embargo, la interacción de la calidad institucional y los tipos de cambio ejercen un impacto negativo sobre la inflación. Esto sugiere que en la mayoría de los tipos de cambio fijo ejerce un efecto sobre la inflación, e indica que los países de Europa oriental y América Latina sería mejor optar por mejorar la calidad institucional antes que adoptar el euro o el dólar ya que tendrá efectos en la desinflación de sus mercados.
---	---	--	----------	------------	------------	------------	------------	--

Foreign direct investment and macroeconomic risk	Desarrollo institucional y crecimiento económico.	Proporcionar a la industria del esquí de fondo las pruebas sobre los vínculos entre las características del país anfitrión y los riesgos de la inversión extranjera directa a las actividades.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Las industrias multinacionales con mayor proporción de la Inversión Extranjera Directa responden desproporcionadamente más a los efectos negativos a nivel macroeconómico de la demanda, la oferta, y los riesgos soberanos. Sin embargo, cuando la calidad institucional y la cuota total de la Inversión Extranjera Directa del país anfitrión son lo suficientemente bajos, la respuesta de las industrias multinacionales ante los riesgos macros tiende a desaparecer.
--	---	--	----------	------------	------------	------------	------------	---

Formación inicial del profesorado en la UPF. Principios pedagógicos y formas organizativas	Formación del profesorado y calidad universitaria	Explicar los marcos de referencia en los que ha enmarcado la intervención, así como la estructura general del curso, y apuntar, brevemente, algunas de las dinámicas que se han ido generando a lo largo del desarrollo del mismo.	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	La formación del profesorado es una variable que asegura la calidad institucional y el propio desarrollo profesional. Además, el nuevo contexto por el que pasa la universidad en Europa obliga a realizar un proceso de socialización y perfeccionamiento continuo que debe iniciarse desde el primer año de vida laboral.
Geography, biogeography, and why some countries are rich and others are poor	Condiciones biogeográficas y desarrollo institucional	Mostrar las diferencias en las condiciones iniciales y biogeográficas de los diferentes países en la transición de del neolítico y la revolución industrial que ayuden a dar cuentas de las diferencias entre la prosperidad de las naciones actuales.	Historia	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Los efectos de la biogeografía y la geografía de la riqueza de las naciones actuales son, en parte mediadas por la calidad de las instituciones actuales, pero también son, en parte, independientes de la calidad institucional.

Gestión clínica: Evaluación del proceso formativo	Evaluación	Evaluación de un programa de formación dirigido a los médicos responsables de las unidades asistenciales y desarrollado en la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III,	Salud	Encuesta	295 profesionales médicos de diferentes ámbitos geográficos, especialidades médicas y centros hospitalarios.	Cuestionario de evaluación de actividades docentes auto administrado y	Se envió a los participantes un cuestionario para recoger sus opiniones sobre los conocimientos adquiridos, y sobre la implementación efectiva en su entorno clínico y áreas de interés futuro.	Los contenidos del programa se valoraron con una alta puntuación, si bien se señalaba la subsistencia de un considerable escepticismo en la profesión médica sobre las innovaciones y cambios organizativos que se plantean a nivel institucional para la mejora de los servicios sanitarios. Entre sus propuestas consideraron necesarias la profundización en temas monográficos sobre métodos y herramientas de gestión, desarrollo e incentivos profesionales, sistemas de evaluación y calidad asistencial, nuevas formas organizativas e instrumentos operativos, criterios de excelencia en la práctica clínica e implementación de competencias y procesos asistenciales. Los conocimientos transmitidos y la metodología utilizada en el curso docente han dado respuesta satisfactoria a la expectativa planteada, si bien, y
--	------------	--	-------	----------	--	--	---	---

Global imbalances and monetary policy	Calidad institucional y desequilibrios financieros.	Describir los desequilibrios mundiales y la política monetaria a partir de dos características de la globalización financiera.	Economía	No parece	No aparece	No aparece	Se tomaron en cuenta dos de las características de la globalización financiera son; a) el retorno esperado en los países desarrollados ha caído significativamente aunque el desarrollo económico se haya desarrollado y b) el capital fluye de los países pobres a los ricos y no al revés, fenómeno conocido como la "paradoja de Lucas".	La incompleta naturaleza de la globalización en cuanto a la persistencia de las diferencias en la calidad institucional entre Norte y Sur, podría explicar la aparición de los desequilibrios mundiales.
---------------------------------------	---	--	----------	-----------	------------	------------	---	--

Globalización y reformas estructurales en América Latina: lo que funcionó y lo que no	Reformas estructurales y calidad institucional	Este artículo tiene por objeto ofrecer una síntesis de los hechos y opiniones sobre futuro de las reformas estructurales en América latina.	Administración Pública	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	El primer apartado muestra que, aunque el proceso de reformas no se ha detenido, ha sido incompleto y muy heterogéneo, tanto entre países, como por áreas de reforma. La segunda sección analiza el estado de la opinión pública sobre las reformas. La tercera sección revisa la discusión sobre los efectos de las reformas. Y la cuarta sección resume las principales propuestas para ampliar o reorientar la agenda de reformas de la región.
---	--	---	------------------------	------------	------------	------------	------------	--

Government ownership of banks, institutions, and financial development	Medidas institucionales y funcionamiento sistema bancario	Examinar la influencia de las medidas institucionales por parte de los gobiernos en el funcionamiento del sistema bancario.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Se presentan evidencias de que los factores institucionales son relativamente más importantes que las políticas de participación de los bancos estatales en el sistema bancario. Aunque los autores defienden que en lugar de la privatización de los bancos estatales o de la subvención de los gobiernos de los países en desarrollo para fomentar el buen funcionamiento del sistema bancario, se deberían crear instituciones que fomenten el desarrollo de la banca privada.
--	---	---	----------	------------	------------	------------	------------	---

Hacia la convergencia de los sistemas de educación superior en América Latina	Calidad Universitaria	Se realiza una caracterización de la situación actual y de la evolución reciente de la educación superior en América Latina, planteando los avances registrados en materia de evaluación y acreditación de la calidad, y reseñando los principales programas de convergencia desarrollados en el marco de los procesos de integración regional.	Educación	No aparece	No aparece	Documentos oficiales	Se analizan el Mecanismo Experimental de Acreditación de Carreras del MERCOSUR (MEXA); los programas, proyectos, trabajos y estudios del IESALC de la UNESCO, de la OEI, de la RIACES, de la Comisión Europea, y de las diversas redes de universidades existentes. Entre ellas se consideran Columbus, el Grupo Montevideo, el CSUCA, el CINDA, la Red Latinoamericana de Cooperación Universitaria y la Asociación de Universidades de América Latina y del Caribe para la Integración y Finalmente, se plantean algunas propuestas para responder al desafío de consolidar el Espacio Latinoamericano de Educación Superior y su convergencia con el Espacio	No aparecen.
---	-----------------------	---	-----------	------------	------------	----------------------	---	--------------

<p>Health care providers' assessments of the quality of advanced-cancer care in Latin American medical institutions: a comparison of predictors in five countries: Argentina, Brazil, Cuba, Mexico, and Peru</p>	<p>Calidad de Asistencia Sanitaria</p>	<p>Examina la calidad de la atención prestada por las instituciones de América Latina en el tratamiento del cáncer.</p>	<p>Salud</p>	<p>Encuesta</p>	<p>777 médicos y enfermeras que tratan a pacientes con cáncer en Argentina, Brasil, Cuba, Méjico y Perú.</p>	<p>Cuestionario</p>	<p>Se enviaron cuestionarios a los diferentes profesionales pertenecientes a las instituciones regionales, organizaciones profesionales y la OPS. Además, se distribuyeron en las reuniones profesionales en conferencias y mediante publicación en línea. Se realizó un análisis de regresión lineal para identificar los factores de predicción de la calidad de la atención de las evaluaciones realizadas en cada país. Y se realizó una comparación descriptiva de los cinco modelos predictivos.</p>	<p>A parte de las restricciones de las respuestas de Cuba, en las otras cuatro naciones se observó que los resultados de la evaluación de la práctica de la atención del cáncer en las instituciones públicas han avanzado menos que en los hospitales privados especializados o centros de cáncer. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de proporcionar acceso a los servicios de atención y mejorar la calidad de la atención del cáncer avanzado en instituciones latinoamericanas. Los esfuerzos deben encaminarse a mejorar la atención ofrecida en las instituciones públicas y el tratamiento de otros tipos de diferencias que pueden existir dentro de los países mediante la creación de apoyo y programas de atención paliativa del cáncer, que sean accesibles y asequibles para los más necesitados.</p>
--	--	---	--------------	-----------------	--	---------------------	--	--

<p>HIV/AIDS and Social Capital in a Cross-Section of Countries</p>	<p>VIH y Capital social</p>	<p>Este trabajo intenta cuantificar el impacto de la epidemia de VIH / SIDA en el capital social entre los países con datos.</p>	<p>Salud</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Indicadores económicos a partir de datos de la World Values Survey</p>	<p>De los principales determinantes del capital social para el control de la prevalencia del VIH se han tomado en cuenta la calidad institucional, la distancia social y los indicadores económicos a partir de los datos de la World values Survey</p>	<p>Los resultados obtenidos indican que la prevalencia del VIH afecta negativamente al capital social. Las estimaciones empíricas indican que el aumento de la prevalencia del VIH dará lugar a una disminución del 1 por ciento en el control de otros factores determinantes del capital social. Si uno se traslada de un país con un nivel relativamente bajo de prevalencia del VIH, como Estonia, a un país con un alto nivel, tales como Zimbabue, uno observa una disminución aproximada del 8 por ciento en el capital social. Estos resultados son sólidos en una serie de dimensiones empírica y destaca la importancia de un mecanismo adicional a través de los cuales el VIH / SIDA dificulta el proceso de desarrollo.</p>
--	-----------------------------	--	--------------	-------------------	-------------------	---	---	--

<p>Hobbes to Rousseau: Inequality, institutions and development.</p>	<p>Desigualdad y Calidad Institucional</p>	<p>Este artículo estudia la evolución endógena de las instituciones económicas y políticas y la interdependencia con el proceso de desarrollo económico.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Las democracias no son ni necesarias ni suficientes para llevar a un estado de derecho, aunque puede ser útil. Lo eficaz de las oligarquías es que pueden surgir y persistir porque pueden ser apoyadas por el consenso de todos los grupos. Al realizar una taxonomía de los equilibrios político-económicos se muestra que la evolución endógena de las instituciones va en función de la desigualdad económica y la abundancia de recursos naturales, lo que implica una relación no monotónica entre desigualdad y calidad institucional.</p>
--	--	--	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--

<p>How different is Eastern Europe? Structure and determinants of location choices by French firms in Eastern and Western Europe.</p>	<p>Calidad institucional e Inversión de Capital</p>	<p>Investigar los factores determinantes de la elección de la ubicación de las empresas multinacionales francesas en Europa oriental y occidental.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>Nuestra muestra incluye 1.843 opciones de ubicación en 19 países entre 1980 y 1999</p>			<p>Encontramos diferencias importantes entre las dos regiones de Europa: Los efectos de aglomeración son menos fuertes en Europa Central y Oriental que en la Unión Europea. La elección de la ubicación se ve influenciada significativamente y positivamente por la calidad institucional del país de acogida. Se confirma la importancia de una estructura Este-Oeste en el país y la decisión de localización indica a medida que avanza el proceso de transición, en los países de Europa central y oriental esta estructura desaparece.</p>
---	---	--	-----------------	-------------------	---	--	--	---

How hedge funds fit	Fondos de cobertura y Calidad Institucional	Valorar como encajan los fondos de cobertura con inversores institucionales.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	<p>Los fondos de cobertura son viables en un inversor institucional sólo si se puede evaluar la forma en que la inclusión de los fondos de cobertura mejora el rendimiento de toda la cartera, teniendo en cuenta tanto las características alfa y beta. Esto es más difícil de lo que aparece debido a la opacidad y la complejidad de la mayoría de las estrategias de los fondos de cobertura. La clave está en identificar la calidad institucional de los fondos de cobertura para que permitan una clara comprensión de la cartera normal y proporcionar la confianza en la proyección de un positivo alfa puro. Si se pueden conseguir estas condiciones, hay dos posibles enfoques: 1) los fondos de cobertura como una superposición en la cartera total, o 2) los fondos de cobertura como en un portátil alfa tradicional clase de activo.</p>
---------------------	---	--	----------	------------	------------	------------	------------	---

How institutional quality and economic factors impact technological deepening in developing countries	Calidad institucional y gastos en I+D	Efectos de factores institucionales y económicos en investigación y desarrollo en países desarrollados	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Las inversiones en extranjera se correlacionaron negativamente en gasto en I + D, mientras que los gastos de defensa se correlacionaron positivamente con los gastos de I + D en algunos modelos.
How Well Are We Measuring Workers' Rights?	Calidad institucional (libertades políticas normas laborales)prerrequi sito crecimiento económico	vincular derechos laborales con desarrollo económico	Economía, política económica.	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Correlación baja
Human capital attainment, university quality, and entry-level wages for college transfer students	Calidad Universitaria y Capital humano.	Este artículo examina los beneficios de la calidad institucional en cuanto al capital humano generado.	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	Para ello se analizaron mediante técnicas de exploración de datos de panel el tipo de ingresos que reciben los estudiantes una vez acabados sus estudios en las universidades y para intentar comprender el papel del capital humano generado a partir de la obtención de un título universitario.	La calidad de la graduación de un estudiante y la calidad de la universidad dónde se ha formado tienen un peso significativo, positivo y casi idénticos efectos sobre sus futuros ingresos. Tales datos indican que la calidad es similar en todas las instituciones Universitarias y por tanto puede ser coherente con la teoría del capital humano que aboga por el capital humano para mejorar la calidad.

<p>Indicadores de la arquitectura financiera, ambiente institucional y legal de los sistemas financieros: Una perspectiva mundial</p>	<p>Sistema financiero y calidad Institucional</p>	<p>Intentar analizar, desde una perspectiva global, el funcionamiento de los sistemas financieros y obtener algunas claves que permitan comprender sus relaciones con la economía real.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>Bases de datos elaboradas por diversas fuentes, las cuales mantienen un cierto grado de homogeneidad.</p>	<p>No aparece</p>	<p>A partir de cinco bases de datos diferentes, se construyen indicadores a lo largo de tres bloques diferenciados que se complementan entre sí. Por una parte, incluimos indicadores relacionados con la estructura del sistema financiero, un segundo bloque de indicadores de tipo institucional y de calidad de gobierno y, por último, un grupo que muestre las condiciones legales dentro de un determinado sistema</p>	<p>No aparecen</p>
---	---	---	-----------------	-------------------	--	-------------------	---	--------------------

Inequality and informality	Desigualdad y Calidad Insitucional	Este artículo presenta la teoría y la evidencia sobre los factores determinantes del tamaño del sector informal.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	Proponen un modelo teórico relacionado con la desigualdad de los ingresos en virtud de la debilidad de las instituciones. Estas predicciones son validadas empíricamente utilizando diferentes representaciones del tamaño del sector informal, la desigualdad de los ingresos y la calidad institucional.	Los resultados se muestran sólidos, con respecto a una variedad de especificaciones econométricas. También encontramos que las intervenciones del gobierno a través de reglamentos pierden gran parte de su solidez en la presencia de los factores mencionados
----------------------------	------------------------------------	--	----------	------------	------------	------------	--	---

<p>Inequality does cause underdevelopment: Insights from a new instrument.</p>	<p>Calidad institucional y crecimiento económico.</p>	<p>Confirmar con datos la hipótesis de provocación de Engerman y Sojolloff, que viene a decir que entre los países agrícolas la dotación de los factores institucionales y la desigualdad predice el desarrollo de un país.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>El documento considera que la desigualdad afecta también a otros resultados de desarrollo. Las instituciones de enseñanza han puesto especial hincapié en los mecanismos por los que una mayor desigualdad hace que disminuir el ingreso per cápita. Se pone a prueba la hipótesis de la desigualdad para el desarrollo, la calidad institucional y la escolarización en contra de otras hipótesis que aparecen en la literatura. En el documento se considera la alta desigualdad como una forma independiente y estadísticamente significativa de explicar las barreras al acceso a la propiedad, a la buena calidad de las instituciones y a alta escolaridad.</p>
--	---	---	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--

Inequality, democracy and the protection of property rights.	Calidad institucional y desarrollo económico.	Identificar las condiciones políticas necesarias para que se generen derechos de propiedad.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	El apoyo de la protección de los derechos de protección es mayor cuanto más equitativa es la distribución de los ingresos y menor es el sesgo político. Cuando estas condiciones se cumplen, las élites políticamente influyentes prefieren renunciar a su poder a través de la democratización para comprometer el futuro de los encargados en formular políticas sobre los derechos de propiedad, garantizando así una mayor inversión y un crecimiento más rápido a lo largo de la transición. Sin embargo, en una economía muy desigual tal democratización no tendrá lugar.
--	---	---	----------	------------	------------	------------	------------	--

Innovación: contexto global sanitario	Innovación y Desarrollo en la sanidad española.	Valorar la situación del sistema sanitario español en materia de Investigación y Desarrollo.	Salud.	No aparece	No aparece	Libro blanco.	No aparece	La importancia de la producción científica y tecnológica del sector sanitario en nuestro país, así como su propia contribución económica y social al conjunto de la riqueza y bienestar nacional, exige un compromiso de las instituciones públicas para fomentar y consolidar un subsistema de innovación público.
---	---	---	--------	------------	------------	---------------	------------	---

<p>Insecurity and the pattern of trade: An empirical investigation.</p>	<p>Calidad de las instituciones y crecimiento económico.</p>	<p>Estimar si la reducción del uso de un modelo estructural en la seguridad de demanda de las importaciones actúa como un impulso oculto sobre el comercio.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>La falta de instituciones no limita el comercio tanto como lo hacen los aranceles. La omisión de los índices de calidad institucional en las estimaciones del modelo oculta una relación negativa entre la renta per cápita y el porcentaje del gasto total dedicado a las mercancías comercializadas. Se sostiene que la variación de la eficacia de las instituciones de los diferentes países y la variación de los precios de los bienes que ofrecen, permiten realizar una explicación para el hecho de que los altos ingresos y el capital abundante son desproporcionales en su relación con el comercio.</p>
---	--	---	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	---

<p>Institutional aspects of new comparative economy: Czech Republic and European Union</p>	<p>Calidad institucional y competitividad</p>	<p>El estudio se centra en la evaluación de la calidad institucional en países de la Unión Europea y su posible impacto en el rendimiento económico y la competitividad.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Bases de datos ofrecidos por el Banco Mundial, Governance Matters</p>	<p>Al evaluar las características de la calidad institucional se toman en cuenta los diferentes aspectos: La rendición de cuentas, la estabilidad política, efectividad gubernamental, calidad reguladora, imperio de la ley y el control de la corrupción.</p>	<p>La clasificación de los antiguos miembros de los países de la Unión Europea (EU-15) se hace en función de los distintos modelos de capitalismo y sus diferentes modelos de calidad institucional. Los cambios institucionales en los nuevos países miembros (EU-10, con el tiempo la EU-8) ilustran tanto el ajuste institucional por parte de los países poscomunistas como la convergencia hacia los distintos tipos de capitalismo.</p>
--	---	--	-----------------	-------------------	-------------------	--	---	---

<p>Institutional determinants of foreign direct investment.</p>	<p>Calidad institucional y desarrollo económico</p>	<p>Identificar los determinantes de la inversión extranjera directa en los países en desarrollo y reevaluar el papel de la calidad de las instituciones en el papel del desarrollo.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Se realizaron unas estimaciones utilizando una nueva base de datos procedente de instituciones de 52 países, así como las estimaciones aportadas por el Instituto Fraser. Se controló la correlación entre las instituciones y el PIB per cápita teniendo en cuenta la endogeneidad de las instituciones. Y por último se evaluó si la similitud entre las instituciones de acogida y las del país de origen plantea relaciones bilaterales en las inversiones directas extranjeras.</p>	<p>Nos encontramos que una amplia gama de instituciones (burocracia, la corrupción, información sector bancario, instituciones jurídicas) son importantes para la entrada de Inversión Extranjera Directa (IED) con independencia del PIB per cápita. La escasa concentración de capital y la fuerte protección del empleo tiende a reducir la entrada de IED. La proximidad entre el país de origen y el anfitrión también importa. Estos resultados son alentadores en el sentido de que los esfuerzos encaminados a elevar la calidad de las instituciones y hacerlas converger hacia la de los países de origen pueden ayudar a los países en desarrollo a recibir más inversión extranjera directa, independientemente de los efectos indirectos de un mayor PIB per cápita.</p>
---	---	---	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	---	---

Institutional framework and economic development: international evidence.	Calidad institucional y desarrollo económico.	Examina el efecto de la calidad del marco institucional en el desarrollo económico.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Los resultados apoyan la hipótesis de que las buenas instituciones mejoran la eficiencia y aceleran el crecimiento. El efecto positivo de la calidad institucional se refuerza con el apoyo de la libertad económica. Los países que tienen instituciones de calidad crecen más rápido. El resultado económico no solo requiere la formación de capital humano sino la libertad de elegir y el apoyo institucional.
---	---	---	----------	------------	------------	------------	------------	---

<p>Institutional infrastructure and economic performance: Dynamic panel data evidence</p>	<p>Calidad institucional y desempeño económico</p>	<p>Investigar empíricamente la relación entre calidad institucional y desempeño económico.</p>	<p>Economía</p>	<p>No parece</p>	<p>72 países durante 1980-2001</p>	<p>Sistema de indicadores.</p>	<p>Se construyó un sistema de indicadores institucionales: corrupción imperio de la ley, burocracia, el riesgo de la explotación y la calidad de los contratos.</p>	<p>Los resultados demuestran que las instituciones influyen de manera estadísticamente significativa en los resultados económicos. Los efectos de la calidad institucional varían dependiendo del nivel de desarrollo económico. En cuanto al efecto específico del desarrollo institucional, los resultados revelan que a largo plazo el nivel de estado de derecho es el que produce efectos más potentes en los beneficios económicos.</p>
---	--	--	-----------------	------------------	------------------------------------	--------------------------------	---	---

Institutional Quality and Diversity in Brazilian Post-Graduate Work	Calidad universitaria	Analizar las instituciones que ofrecen programas de postgrado en Brasil respecto a su diversidad y calidad.	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	<p>La diversidad de estudiantes de postgrado en Brasil ha crecido en las últimas décadas, en el 2003 tenía un total de 45 doctorados y ofrecía 73 maestrías. La distribución geográfica de estas instituciones es bastante irregular. La relación entre el número de instituciones que participan en programas de postgrado en Brasil y EE.UU. es similar a la proporción del PNB de los dos países. Los doctorados de investigación tanto en Brasil como en la de los EE.UU. son básicamente de instituciones públicas. En campos como Ciencias Agrarias y Ciencias de la Salud, las cifras absolutas son similares, lo que implica que hay un claro riesgo de fuga de futuros cerebros en estos campos de conocimiento, lo cual sería negativo para países como Brasil. La calidad de los programas de doctorado no depende en gran medida de la naturaleza de la</p>
---	-----------------------	---	-----------	------------	------------	------------	------------	---

<p>Institutional quality and economic growth: Maintenance of the rule of law or democratic institutions, or both?</p>	<p>Calidad institucional y crecimiento económico.</p>	<p>Analizar los factores que determinan las tasas de crecimiento económico.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>La evidencia empírica sugiere que el mantenimiento del imperio de la ley promueve el crecimiento mientras que la opción por un sistema de instituciones democráticas no mejora el rendimiento económico. Cuando la muestra de los países que analizamos es parecida nos encontramos que los países con instituciones democráticas gozan de mayor crecimiento económico.</p>
<p>Institutional quality and endogenous economic growth</p>	<p>Erlich y Lui (JPE) modelo de crecimiento endógeno. Los aspectos institucionales (corrupción judicial, burocracia, democracia, desigualdad de ingresos)</p>	<p>relación corrupción, calidad institucional y crecimiento económico</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparecen</p>

Institutional quality and income distribution	condiciones para la calidad institucional	Relación calidad de las instituciones y desigualdad de ingresos.	Economía	No aparece	No aparece	dos coeficientes (Gini de ingresos y acciones)	comparar dos conjuntos de la calidad institucional de dos medidas diferentes de servicios privados (contienen medidas sobre corrupción, retrasos burocráticos, riesgos de expropiación y otros factores de la calidad institucional)	se muestran el resultado econométrico para las diferentes medidas de calidad institucional
Institutional quality and income per capita: A survey of empirical results	Calidad Institucional y crecimiento económico	estimar en qué medida las instituciones podría explicar las diferencias en el ingreso per cápita entre los países	Economía	Encuesta	No aparece	No aparece	No aparece	
Institutional quality and international trade.	Calidad de las instituciones (ejecución contratos, derechos de propiedad, protección de accionistas)	proporcionar evidencias de los contenidos institucionales del comercio	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Las diferencias institucionales con un determinante de los flujos comerciales.
Institutional Quality and Perceptions of Representation in Advanced Industrial Democracies	Relación ciudadano institución	Representatividad	Administración Pública	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Relacionan funcionamiento institucional con opinión de ciudadanos.

Institutional Quality and the Gains from Trade	Impacto del comercio sobre el crecimiento	Identificar aquellos aspectos más importantes de la calidad institucional que permitan un vínculo entre comercio y crecimiento	Economía	No aparece	No aparece	Uso de especializaciones de varios modelos, incluyendo una variable instrumental		Los países con baja calidad institucional no se benefician del comercio.
Institutional quality and trade: Which institutions? Which trade?	Exportaciones de productos afecta de forma positiva a la calidad institucional	Examinar en qué medida las diferentes dimensiones del marco institucional afecta a las exportaciones	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	No aparecen

<p>Institutional traps and economic growth." International Economic Review</p>	<p>Calidad institucional y crecimiento económico.</p>	<p>Analizar la calidad de las instituciones teniendo en cuenta la concentración de poder, la riqueza material y el nivel de desarrollo</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>En el modelo se muestra la distribución equitativa del poder político como un dispositivo para aumentar el compromiso institucional con la calidad mediante dos vías de desarrollo: concentración del poder político y económico donde las instituciones poseen baja calidad y la otra vía mediante la distribución más equitativa de los recursos políticos y económicos en aquellos países donde la calidad de las instituciones es buena ya que esta medida provoca un crecimiento más rápido.</p>
--	---	--	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--

Institutions and Foreign Direct Investment: China versus the Rest of the World	Calidad Institucional e inversiones extranjeras	Analizar la relación entre la calidad de las instituciones y la inversión extranjera directa haciendo especial interés en el caso de china.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	La debilidad de las instituciones impide la inversión extranjera. En el caso de china, los estándares de calidad son un mal ejemplo para poder observar las transformaciones acaecidas. China es ineficiente debido a la debilidad de las grandes instituciones para disuadir la inversión nacional.
Institutions and policies for growth and poverty reduction: The role of private sector development.	Calidad institucional y desarrollo económico.	Repasa alguno de los debates recientes sobre los efectos del crecimiento y la pobreza en las instituciones privadas.	Economía.	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Los resultados sugieren que la buena gestión del gobierno, en concreto el fuerte compromiso con la ley, hace que se reduzca la pobreza y tiene efectos en el crecimiento económico. Una buena gestión de políticas por parte del gobierno facilita la creación de nuevas empresas como motor para el crecimiento económico.

Institutions and the external capital structure of countries.	Calidad institucional y crecimiento económico.	Analizar los efectos de la pobreza de las instituciones y las políticas sobre el crecimiento económico.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Los países que obtienen financiación a través de la inversión extranjera directa son menos propensos a la crisis que los que se financian mediante préstamos y bonos. En una selección transversal de las economías avanzadas, de los mercados emergentes y de los países en desarrollo, encontramos la equidad está asociada con indicadores de logros educativos, con la apertura, con la abundancia de recursos naturales y especialmente con la calidad institucional. Lo cual sugiere que la mejora de la calidad institucional puede mejorar la estructura del capital de los países con el exterior.
---	--	---	----------	------------	------------	------------	------------	---

Institutions and the impact of investment on growth	Calidad institucional y crecimiento económico	Analizar la relación entre la calidad de las instituciones y la prosperidad.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	En los países con mejor calidad institucional la tasa de inversión privada y la productividad es más alta. Los modelos que incluyen diversos indicadores de la calidad institucional subestiman el impacto en el crecimiento debido a que no tienen en cuenta el impacto indirecto en las inversiones. En definitiva, se demuestra que el aumento de la calidad institucional causa mayor inversión.
Institutions matter, but which ones?	Calidad institucional y derechos de propiedad	Analizar los efectos económicos de la calidad institucional teniendo en cuenta el desarrollo democrático, los de propiedad individual y la coordinación.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Las instituciones que tienen un efecto adverso a los resultados económicos, a menudo, tienden a persistir ese efecto durante largos periodos de tiempo.

Institutions, trade, and growth.	Calidad institucional y crecimiento económico.	Analizar la relación entre calidad institucional y crecimiento económico.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Los países que tienen buenas instituciones crecen más rápidamente y tienden a comerciar más.
International rankings and quality of the university systems.	Calidad Universitaria	Analiza la posición de las universidades europeas en el contexto internacional, haciendo especial atención al caso español.	Educación	No aparece	No aparece	Ranking Académico de las Universidades del Mundo (ARWU)	Los análisis se basan no solamente en los datos suministrados por las instituciones académicas ni a los resultados extraídos de encuestas de opinión, sino que se tiene en cuenta el Ranking Académico de las Universidades del Mundo (ARWU) llevado a cabo por la universidad Jiao Tong de Shanghai. Este instrumento empieza a ser usado para medir la calidad universitaria.	Nuestros resultados apoyan la coherencia de indicadores y ponderaciones utilizadas en ARWU. Confirman la calidad global de los sistemas universitarios del Reino Unido y de los EE. UU, que sólo son seguidos de cerca por los países escandinavos, Países Bajos, Suiza, Francia y Alemania. Las universidades españolas muestran un retraso en los indicadores de calidad, pero disfrutan de una posición razonable en el conjunto países investigados.

Intervención con personas con retraso mental desde la perspectiva de una asociación familiar de Móstoles.	Calidad de atención a personas con retraso mental.	Analizan la situación de las intervenciones con personas con retraso mental que se llevan a cabo en la comunidad de Madrid.	Social, programas de intervención.	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	El trabajo en equipo y la coordinación con otros servicios ha sido fundamental para aumentar la calidad de la atención. Las asociaciones se convierten en un elemento imprescindible para la vertebración de la sociedad, y, por tanto, para el Trabajo Social comunitario.
---	--	---	------------------------------------	------------	------------	------------	------------	---

Intervention steps for treating laryngospasm in pediatric patients.	Calidad intervención Sanitaria	Analizar la calidad de las intervenciones "laryngospasm" en pediatría.	Salud	Se revisó la base de datos para identificar los casos de laryngospasm que se produjeron partir de julio de 1999 hasta diciembre del 2002.	21452 anestésicos emitidos en la sala de operaciones.	Historias clínicas	Se examinaron las historias clínicas de los pacientes para determinar la aparición de laryngospasm, el tipo de técnica de manejo de la vía aérea y el tipo de intervención para tratar el episodio.	Se produjeron veintidós casos de laryngospasm de los 21 452 anestésicos emitidos en la sala de operaciones (19%), para procedimientos diagnósticos y terapéuticos fuera de la sala de operaciones (81%) Episodios ocurridos durante aparición (47,6%), la inducción (28,6%) y mantenimiento (23,8%). Treinta y ocho por ciento de los pacientes respondieron a las vías respiratorias y el reposicionamiento de presión positiva continua en las vías respiratorias. Diez pacientes (47,6%) recibieron relajantes musculares y cinco (23,8%) fueron intubados. Conclusiones: En la mayor institución de estudio hasta la fecha de laryngospasm en pacientes pediátricos, se encontró una tasa de 1 / 1000 casos. Seguido un tratamiento de base que incluye el algoritmo de presión positiva continua en las vías respiratorias, la profundización de la anestesia, relajación muscular y
---	--------------------------------	--	-------	---	---	--------------------	---	--

Inward-looking policies, institutions, autocrats, and economic growth in Latin America: An empirical exploration.	Calidad Institucional y crecimiento económico	Explorar los determinantes institucionales en el crecimiento económico de América Latina.	Economía.	Toman en cuenta las recientes investigaciones empíricas que emplean medidas objetivas y subjetivas para la explicación que vincula la calidad institucional y el crecimiento económico	No aparece.	No aparece.	No aparece	No aparece.
IQ and economic growth: Further augmentation of Mankiw-Romer-Weil model	Modelo de crecimiento de Solow	Analizar el modelo de crecimiento de Solow	Economía.	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Las estimaciones indican la importancia de los parámetros de la educación y de la salud que dominan incluso la medida de la variable "calidad institucional".
Is international trade more beneficial to lower income economies? An empirical inquiry	Calidad institucional y crecimiento económico.	Analizar la relación entre comercio internacional y crecimiento económico	Economía	Empleo del modelo empírico de Frankel y Romer (1999)	150 países	No aparece	No aparece	Encontramos pruebas que apoyan la hipótesis de que el comercio internacional beneficia a las economías de bajos ingresos más que a las economías de altos ingresos.

Jóvenes y actitudes ante la enseñanza e insatisfacción institucional hacia el ámbito académico	Calidad en instituciones educativas	Analizar las percepciones de los alumnos sobre la enseñanza y el proceso docente, así como la percepción del tipo y calidad de las actividades académicas y extraescolares.	Educación	No aparece	329 alumnos de Educación Secundaria.	No aparece	No aparece	Se confirma que existen diferencias significativas en función del curso académico, en el sentido de que disminuye la satisfacción institucional en los cursos superiores con respecto a los niveles más básicos. Los adolescentes valoran más los estudios y muestran actitudes valorativas más favorables a la enseñanza y a sus métodos.
La aplicación de una didáctica creativa en la enseñanza de contabilidad	Calidad Educativa	Reflexiones en torno a la utilidad de la enseñanza de la contabilidad en cuanto a la adquisición de competencias de los alumnos.	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Redefinir la concepción de la contabilidad abriendo y superando el viejo concepto teniendo en cuenta cada uno de los diferentes escenarios educativos para poder adaptar los contenidos, su grado de amplitud y profundización.
La calidad de las instituciones educativas y algunas de sus dimensiones básicas	Calidad instituciones educativas	identificar las principales dimensiones de la calidad de las instituciones educativas	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Tres dimensiones principales de intervención: liderazgo, trabajo en equipo y clima institucional.

La calidad educativa a evaluación	Calidad Universitaria	No aparece	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	No aparecen
La calidad en el centro y en las aulas de formación profesional.	Calidad y formación profesional	Conceptualizar la calidad en materia de formación profesional haciendo especial interés a su aplicación en los planes de formación y el diseño curricular.	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	No aparecen

<p>La construcción de ciudades innovadoras: transformaciones económicas recientes y desarrollo local en Getafe</p>	<p>Calidad de innovación en ciudades intermedias.</p>	<p>Analiza el caso de las ciudades intermedias en cuanto a la ordenación del territorio en medidas de innovación para mejorar la capacidad competitiva y la calidad de vida de los ciudadanos analizando este proceso en el caso de la ciudad de Getafe.</p>	<p>Geografía, Urbanismo.</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Se presenta el contexto teórico, se describen las herencias históricas que fundamentan el proceso estudiado. Se analiza la construcción del proyecto de ciudad y sus consecuencias, haciendo especial atención a su evolución económica y productiva. Y se finalizará con una reflexión sobre los actores locales, las redes y la coordinación institucional que explican el éxito del proceso.</p>	<p>En los últimos años, las ciudades intermedias han alcanzado cierto protagonismo como medio para explicar el desarrollo territorial policéntrico y más equilibrado.</p>
--	---	--	------------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--	---

La construcción de un "entorno" institucional de apoyo a la industria maquiladora en la frontera norte de México	Calidad institucional y desarrollo industrial	Aportar elementos de análisis sobre el proceso de construcción del entorno institucional en las zonas industriales fronterizas a partir del ejemplo del Estado de Chihuahua.	Industria y trabajo.	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Las especificaciones tecnológicas, los estándares de calidad y el precio de las maquiladoras, entre otros factores, han propiciado a la contratación de obra más cualificada, ha vuelto más compleja la organización de los procesos productivos y ha intensificado la coordinación de actividades entre proveedores y clientes.
La democracia en América Latina: calidad y rendimiento	Calidad democrática.	Exponer hipótesis explicativas de las diferencias encontradas entre los países en lo relativo a sus distintos grados de calidad democrática.	Administración Pública.	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Se asume el avance generalizado de la democracia en América latina aportándose evidencias de este progreso a partir de las elecciones del 2006. Sin embargo, la política bajo el diseño democrático tiene notables carencias tanto en el terreno institucional como en el desarrollo e una ciudadanía activa, lo que permite referirse a la existencia de diferentes niveles de calidad democrática en los diferentes países de la región.

La dirección y el liderazgo: aceptación, conflicto y calidad	Sistemas de gestión de calidad	Analizar las tareas de los directivos siguiendo el eje de incidencia en la calidad, el conflicto y la aceptación de las tareas	Teórico-conceptual: economía	descriptiva-interpretativa	No aparece	No aparece	No aparece	No aparecen
La educación en América Latina, entre el cambio social y la inercia institucional	Condiciones sociales para favorecer las prácticas educativas.	Analizar la situación de las instituciones educativas y los sistemas educativos en América Latina, teniendo en cuenta las transformaciones que se han generado en el contexto.	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	América latina viene de grandes cambios sociales, políticos, económicos y sociales, y una de las consecuencias de estas transformaciones es el asentamiento de situaciones de pobreza extrema y de exclusión. Frente a la profundidad de estos cambios ocurridos, la debilidad de las instituciones educativas y de los sistemas educativos pone en riesgo la posibilidad de garantizar una educación de calidad para todos.

La estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud	Calidad sanitaria	Analiza las estrategias incluidas en el Plan de Calidad del Ministerio de Calidad y Consumo para mejorar los Cuidados Paliativos en el Sistema Nacional de Salud.	Salud.	No parece	No aparece	No aparece	No aparece	Tras analizar los puntos críticos de los Cuidados Paliativos, un Comité Técnico, un Comité Institucional y la Agencia de calidad establecieron cinco líneas estratégicas: atención integral, organización y coordinación, autonomía, formación e investigación.
La evaluación de bibliotecas universitarias: una estrategia metodológica en América Latina	Evaluación institucional: Calidad universitaria.	Presenta una experiencia de evaluación de bibliotecas, aplicada a un sistema bibliotecario adscrito a una institución de educación superior latinoamericana.	Educación	El método propuesto basa sus referentes teóricos en los principios de la consolidación de una cultura organizacional, en pro de alcanzar estándares de calidad de acuerdo con el modelo EFQM de excelencia.	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece

La evaluación de la docencia ante el reto del Espacio Europeo de Educación Superior.	Calidad universitaria.	Analiza los tres pilares de la evaluación de la educación superior: la evaluación del alumnado, la evaluación de la actividad docente, la evaluación institucional de la docencia.	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece
La evaluación de la docencia en los planes de mejora de la universidad	Calidad universitaria	Experiencia en la universidad de Jaén con el proceso de evaluación de docencia	Educación	No aparece	No aparece	Cuestionario	No aparece	No aparecen
La evaluación de la interacción con el entorno en las instituciones educativas	Evaluación educativa: interés en la interacción con entorno	marco conceptual del entorno, componentes y condiciones culturales	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	No aparecen
La evaluación institucional y la gestión de la calidad en las universidades	Calidad universitaria	desarrollar nuevas aproximaciones evaluativas	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	No aparecen

La excelencia docente	Calidad universitaria (equilibrio docencia e investigación)	Reequilibrio entre docencia e investigación para favorecer la innovación pedagógica en el Espacio Europeo de Educación superior.	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	primero referentes para la cultura de garantía interna de calidad en universidades (evaluación institucional y del profesorado) analizar la experiencia docente mostrando un modelo basado en estándares para certificar la calidad y excelencia docente	No aparecen
La formación universitaria de las personas mayores. Evaluación de su calidad y convergencia Europea	Calidad universitaria (personas mayores)	tendencias que caracterizan la evaluación de la calidad	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	No aparecen
La importancia de los indicadores de calidad de patentes en la nueva economía institucional. Una perspectiva macro analítica	Indicadores tecnológicos de calidad	Analizar el estudio de la innovación tecnológica en el marco de la Nueva economía Institucional	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	No aparecen

<p>La inserción socio laboral de los titulados universitarios dentro de un plan global para la mejora de la calidad de la universidad</p>	<p>Calidad Universitaria: inserción socio laboral de los alumnos.</p>	<p>Conocer la relación entre la formación adquirida y la consecución de un puesto de trabajo vinculado con los estudios cursados</p>	<p>Educación</p>	<p>Encuesta</p>	<p>No aparece</p>	<p>Cuestionario</p>	<p>Se ha realizado un estudio descriptivo mediante la aplicación de un cuestionario a los egresados de siete titulaciones en tres promociones distintas. En el análisis de los datos se ha considerado las competencias profesionales adquiridas y la formación continua que han llevado a cabo los graduados y su relación con el proceso de inserción socio laboral.</p>	<p>No aparece.</p>
---	---	--	------------------	-----------------	-------------------	---------------------	--	--------------------

<p>La liberalización controlada del mercado del vino en Noruega (1996-2002): nuevas oportunidades para la industria vinícola española</p>	<p>Contesto institucional para mejorar la exportación de productos.</p>	<p>Analizar las tendencias del mercado del vino en Noruega tras la formalización del Espacio Económico Europeo en 1994 y valorar la trayectoria de los vinos españoles en este país.</p>	<p>Economía: comercio.</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Para ello se ha utilizado información mediante estadísticas oficiales y entrevistas con agentes locales expertos.</p>	<p>Durante los últimos años el consumo del vino ha aumentado en Noruega en detrimento de los licores, más tradicionales en sus hábitos gastronómicos. Este proceso se ha acelerado desde 1996. El vino español está ganando presencia en Noruega tanto en el segmento de los vinos de calidad como en los vinos más corrientes.</p>
<p>La nueva gestión de personas en el sector público local: el reto de la productividad</p>	<p>Calidad del servicio público: productividad del empleado público.</p>	<p>Analizar la gestión de personas en el servicio público de las administraciones locales.</p>	<p>Administración Pública.</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>El capital humano de la Administración pública necesita encontrar un "orgullo de pertenencia" en una institucional, que solo puede trabajarse desde la integración de las políticas de gestión de personas. La productividad no es cuestión de tiempo sino de eficiencia.</p>

La organización de los centros desde el paradigma de la colaboración	Calidad instituciones educativas	Elaborar un marco institucional que permita la mejora organizativa de los centros a partir de la colaboración y la participación democrática a partir del análisis de tres elementos determinantes: el marco legislativo, las culturas de trabajo del profesorado y el estilo de liderazgo.	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece.
--	----------------------------------	---	-----------	------------	------------	------------	------------	-------------

<p>La transición escuela-empleo de las personas con discapacidad en España: una investigación institucional mediante estudio de casos</p>	<p>Calidad Educativa</p>	<p>Valorar la calidad de las acciones de transición escuela- empleo desarrolladas en España en respuesta al alumno con discapacidad.</p>	<p>Educación</p>	<p>Metodología de estudio de casos, cualitativo y cuantitativo.</p>	<p>100 programas y acciones de formación regladas, formación ocupacional e inserción laboral.</p>	<p>Cuestionario y documentos.</p>	<p>Se analiza mediante técnicas cuantitativas (análisis descriptivo) y cualitativas (análisis de contenido) lo que nos permite establecer una tipología de acciones a constatar con el modelo representado por los estándares e indicadores incluidos en el cuestionario para poder valorar la transición.</p>	<p>La falta de adaptación de los programas de formación a los intereses de las personas con discapacidad y el desajuste entre los perfiles personales y los puestos de trabajo ponen de manifiesto la necesidad de mejorar la organización de programas específicos de transición para estas personas. Estos programas deben dar continuidad a la formación ocupacional mediante acciones de orientación laboral y servicios de intermediación con el mundo empresarial, de manera que apoyen la contratación y el mantenimiento de empleo de las personas con discapacidad en el medio más normalizado posible.</p>
---	--------------------------	--	------------------	---	---	-----------------------------------	--	--

<p>La virtualización desde la perspectiva de la modernización de la educación superior: consideraciones pedagógicas." Virtualisation in terms of modernising higher education: educational considerations</p>	<p>Instituciones Educativas y desarrollo tecnológico.</p>	<p>Analizar el compromiso de romper los modelos convencionales para la virtualidad para favorecer la calidad de la educación y los procesos de acreditación</p>	<p>Educación</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>
<p>Las características socioeconómicas como incentivos para la información financiera: evidencia empírica española.</p>	<p>Calidad institucional y desarrollo económico</p>	<p>Conocer el efecto de las circunstancias socioeconómicas en la calidad de la información financiera.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>La infraestructura institucional y la existencia de incentivos adicionales ejercen un efecto sobre la calidad de la información. Se muestra cómo diferentes circunstancias económicas y culturales conducen a la empresa a mostrar una calidad contable diferente.</p>

Las denominaciones de origen y las etiquetas ecológicas impulsoras de estrategias de comercialización, basadas en la calidad, en las almazaras cooperativas de Castilla-La Mancha	Calidad institucional y comercio	Realizar un análisis del concepto de calidad en las amenazas cooperativas de la región de Castilla la Mancha.	Economía	No aparece	No aparece	Entrevistas	No aparece	No aparece.
Las redes holónicas y el desarrollo institucional: la reestructuración de los centros (estructuras multifuncionales y polivalentes) como necesidad para responder a la diversidad	Calidad educativa	Dar un repaso a las nuevas demandas en materia educativa, describiendo las nuevas realidades y funciones, y perfiles y estructuras polivalentes de reconversión.	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece

Law tradition and institutional quality: Some empirical evidence	Tradición de derecho y calidad institucional	analizar la relación	Jurídico	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Los países con una tradición de Derecho Común muestran una relación positiva con la calidad institucional. Estos resultados son consistentes con la hipótesis de Scully, Posner y otros, que vinculan el origen de las leyes y el comportamiento económico.
Long-term growth prospects in transition economies: A reappraisal	Calidad institucional y crecimiento económico	Considerar la calidad institucional en las perspectivas de cambio de los antiguos países comunistas de Europa oriental.	Economía.	No aparece	No aparece	No aparece	Las regresiones del crecimiento se utilizan para mostrar que es probable que tenga un efecto sustancial sobre el futuro crecimiento de los nuevos países de la Unión Europea.	Hay una gran adhesión al lay en nuevos países de la Unión Europea.

<p>Los factores clave de la innovación tecnológica: claves de la competitividad empresarial</p>	<p>Calidad institucional y competitividad empresarial</p>	<p>Identificar los factores que caracterizan el proceso de innovación tecnológica.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Los factores pueden clasificarse en internos y externos. Los internos son el resultado de actuaciones de la propia empresa y dependen de la capacidad de dirección para consolidar las dimensiones de calidad y productividad a corto plazo. Mientras que los factores externos están asociados al sector de la actividad a la que pertenece la empresa, al contexto institucional que la rodea y a las características de la política que le afecta.</p>
---	---	--	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--

<p>Los planes de excelencia y dinamización turística (PEDT), un instrumento de cooperación a favor del desarrollo turístico</p>	<p>Programas de Excelencia en turismo</p>	<p>Evaluar los planes de excelencia y dinamización turística que se están llevando en España como respuesta al agotamiento del modelo turístico español.</p>	<p>Economía: turismo.</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Los Planes estratégicos y dinamización turística responden a un nuevo modelo de intervención que asume los principios de cooperación institucional y subsidiariedad en la búsqueda de soluciones de compromiso a favor del desarrollo sostenible. Aunque existen experiencias interesantes, en la práctica estos planteamientos teóricos se han visto en algunos casos adulterados como consecuencia de la actitud adoptada por las administraciones y colectivos implicados, la escasa correspondencia entre los objetivos propuestos y las iniciativas desarrolladas, el carácter finalista de las inversiones y la inexistencia de una visión de conjunto que permita integrar aspectos de carácter ambiental, social y económico.</p>
---	---	--	---------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--

<p>Managing the oil revenue boom: The role of fiscal institutions</p>	<p>Calidad institucional y crecimiento económico</p>	<p>Examinar la respuesta fiscal de los países productores de petróleo y el papel de las instituciones fiscales especiales a partir de la reciente bonanza petrolera.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Hasta el 2005, los gobiernos utilizaron cerca de la mitad de los ingresos fiscales adicionales del petróleo para no aumentar el gasto primario del petróleo. Los países productores de petróleo convirtieron el déficit global en excedentes fiscales a finales del decenio de 1990. Los ingresos del petróleo, permitieron a los países productores aumentar el gasto público y priorizar los objetivos económicos y sociales, este aumento del gasto público muestra bajos índices de eficacia del gobierno lo que puede plantear dudas sobre su capacidad de utilizar eficazmente los recursos adicionales. Esto también pone de relieve el equilibrio entre las necesidades apremiantes de desarrollo y la capacidad institucional para hacer frente a estas necesidades de manera eficaz y eficiente.</p>
---	--	--	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	---

Manejo de la comunicación. Evaluación de la calidad del discurso institucional	Calidad y procesos de comunicación	Operativizar el concepto de calidad de texto en función de los fines del emisor y expectativas receptor	Comunicación	Cualitativo	No aparece	Cartas enviadas por el departamento de impuestos de Holanda	Análisis de texto	No aparecen
Marketing educativo, gestión estratégica y calidad total: un círculo virtuoso	Calidad educativa	Realizar un diagnóstico institucional y desarrollar estrategias válidas para iniciar un proceso de mejora hacia la calidad total.	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	No aparecen
Maximizing benefits and minimizing risks in Health Services Research near the end of life	Calidad asistencia sanitaria	Examinar las cuestiones éticas específicas de los cuidados paliativos en instituciones sanitarias con especial interés en las diferencias entre los servicios de cuidado de salud y la mejora de la calidad institucional.	Salud.	No aparece	No aparece	No aparece	Nos centramos en los problemas de determinar qué nivel de protección se justifica por las investigaciones de los servicios de salud y programas de atención, en contraste con el tradicional diseño de los ensayos clínicos aleatorios.	Se propone un algoritmo de decisión sobre los requisitos para la revisión y el consentimiento informado como mecanismo para asegurar que el nivel de protección está en consonancia con el nivel de riesgo.

Meta-análisis de la investigación cualitativa. El caso de la evaluación del Plan Nacional de Evaluación y Calidad Universitaria en España	calidad universitaria	Analizar los procesos de evaluación que se llevan a cabo en las universidades españolas	Educación	Cuantitativa	No aparece	No aparece	meta-análisis: sobre los códigos cualitativos obtenidos en la primera fase de la investigación, aplicando técnicas cuantitativas, como el análisis de correspondencias y el escalamiento multidimensional.	No puede hablar se de un único modelo de evaluación, debido a diversidad estructura organizativa.
Metodología cualitativa. Métodos y técnicas de evaluación de centros. Una propuesta de clasificación operativo-funcional	Evaluación educativa (calidad universitaria)	Análisis de métodos técnicos que se utilizan en la evaluación de centros educativos	Educación	Cuantitativa	No aparece	No aparece	No aparece	No aparecen

Metodología de la evaluación de la enseñanza universitaria	Calidad universitaria	Analiza la metodología llevada a cabo en la evaluación de la enseñanza universitaria.	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	La metodología utilizada por el desarrollo institucional dentro del marco del Plan Nacional de la Calidad de las Universidades, se sirve de la autoevaluación y de la evaluación externa. El proceso de cada una de estas fases se articula en recogida de información reflexión y valoración de la información y elaboración de informe, adoptando una perspectiva multidimensional de calidad. Pretende ser más una evaluación formativa que sumativa basada en juicio de expertos y un sistema de indicadores múltiples y variables que permitan conocer el nivel de calidad de la Universidad. Para ello se recopilan datos cualitativos y cuantitativos que permitan considerar los inputs y outputs, así como los procesos implicados en todas las actividades universitarias.
--	-----------------------	---	-----------	------------	------------	------------	------------	--

Millennium development goal of halving poverty in Asia: Progress, prospects and priorities	Calidad institucional y desarrollo económico	Evalúa las perspectivas de alcanzar el objetivo de desarrollo del milenio de reducir a la mitad la pobreza de ingresos en Asia e identificar las prioridades políticas.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	En el Este de Asia, la tasa de crecimiento es superior a la que se requiere para lograr este objetivo, mientras que en el sur está por debajo. Las tasas de crecimiento agrícola son superiores a la real tanto en Asia oriental como en Asia meridional. Un crecimiento moderado y la reducción de la desigualdad de ingresos tendrán un impacto sustancial en la reducción de la pobreza. Modestas mejoras en la calidad institucional hacen reducir la pobreza.
Millennium development goal of halving poverty in Asia: Progress, prospects and priorities	No aparece	valorar los resultados del "Desarrollo del milenio" (reducir la pobreza a la mitad en Asia)	Economía, política económica.	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	El crecimiento moderado junto con la reducción de la desigualdad provoca que se reduzca la pobreza y por tanto aumente la calidad institucional.

Model for introducing or revitalizing the final monograph	Calidad universitaria	Proponer un modelo de evaluación de calidad de estudios científicos en enfermería.	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	El modelo que proponemos incluye la definición de las líneas de investigación, la aglutinación de investigadores por área de interés, la organización de grupos y centros de investigación, la definición de los tipos de estudios, la planificación de los programas operativos, llevando a cabo un seguimiento desde su introducción hasta su publicación.
Monetary policies for developing countries: The role of institutional quality	Calidad institucional y corrupción	Demostrar que el nivel de corrupción en las instituciones tiene importantes implicaciones para el diseño de políticas monetarias.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Nos encontramos que en algunos casos si tiene impacto el nivel de corrupción en el diseño de la política monetaria, mientras que en otros prescribe al problema de credibilidad. Ponen en duda la idea de que un marco de baja inflación puede inducir a los gobiernos a mejorar las instituciones públicas.

Monetary policies for developing countries: The role of institutional quality	Calidad institucional y nivel de corrupción	influencia sobre las políticas monetarias	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	No aparecen
Necesidad y objetivos de la formación pedagógica del profesor universitario.	Calidad universitaria	Pretende justificar la necesidad y los objetivos de la formación pedagógica del profesor universitario.	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	La necesidad de la formación pedagógica del profesor universitario se vincula, entre otras variables, a la necesidad de profesionalizar la docencia universitaria, la consideración de la tarea docente como realidad compleja, difícil y retadora, la exigencia de una docencia excelente en una cultura de calidad institucional, la relación entre calidad de la enseñanza y formación pedagógica del profesor, y la "complementariedad" entre formación en las disciplinas a enseñar, por una parte, y los procedimientos para facilitar su aprendizaje, por otra

<p>Obsolescencia y políticas de renovación ambiental en el sector turístico</p>	<p>Desarrollo institucional y turismo</p>	<p>Analiza los incentivos que determinan un comportamiento desinversor por parte de los agentes del sector turístico cuando el destino alcanza una fase de madurez.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Las externalidades negativas entre productores y la sobreexplotación de los bienes locales compartidos, junto con la infravaloración de los bienes públicos, reduce la rentabilidad privada y social de los recursos en un destino turístico. A medida que se extienden los efectos externos entre productores, se reducen los incentivos a realizar inversiones en la renovación y en el mantenimiento de la calidad del destino. Por tanto, la intervención del sector público debe dirigirse a internalizar los costes externos, modificando para ello el marco institucional que determina los incentivos de los agentes privados. Las políticas dirigidas al mantenimiento y renovación del capital físico y medioambiental de los destinos se presentan en forma de actuaciones estratégicas seleccionadas y valoradas por los expertos del sector.</p>
---	---	---	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--

Oil, pollution, and crime: Three essays in public economics	Calidad institucional y desarrollo económico	El objetivo general es el estudio de cuestiones importantes en la economía del sector público	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	Se analiza la producción del petróleo y las consecuencias para su precio, las tasas de emisión de contaminación de los diferentes países y las implicaciones para la calidad institucional. Finalmente se analizan las implicaciones de la aplicación de la ley y los factores de descuento.	No aparecen
On the determinants of Original Sin: An empirical investigation	Calidad institucional y crecimiento económico	Se describe la incidencia del problema de no pedir préstamos al extranjero en su propia moneda y se intenta descubrir su causa.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	En el estudio se considera débil la relación del nivel de desarrollo, la calidad institucional o la credibilidad monetaria con el problema que tratamos. Sólo el tamaño de la economía esta correlacionado con el problema.	No aparecen

On the origins of comparative advantage	Calidad institucional y desarrollo económico	Este documento propone una teoría del comercio internacional teniendo en cuenta las diferencias de productividad endógenas en todos los países.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	El núcleo o del análisis radica en los factores determinantes de la división del trabajo, considerando que una economía mundial integrada por grandes países, con un nivel. En nuestro modelo, es el país donde el producto de la calidad institucional y de capital humano por trabajador es mayor. Por lo tanto, mejores instituciones y los trabajadores más educados son complementarias de las fuentes de ventaja comparativa en la industria más compleja.
---	--	---	----------	------------	------------	------------	------------	--

On the release of information by governments: Causes and consequences	Calidad institucional mediante la transparencia de los datos.	Evaluar la posible asociación entre la liberación de la información y las circunstancias institucionales económicas entre los países.	Economía	No aparece	175 países	No aparece	Se ha desarrollado un índice que se basa en la cantidad de información de datos socioeconómicos aportados por los indicadores de desarrollo mundial y la base de datos de "internacional Finance Statistics"	La liberación de la información por parte de los gobiernos tiene un efecto positivo sobre la calidad de la burocracia a corto plazo. Y a largo plazo tiene un efecto significativo sobre la inversión y el desarrollo del sector financiero. En términos causales la rama ejecutiva del gobierno y la educación tienen un efecto positivo sobre la calidad de datos publicados por los gobiernos.
Only income diverges: A neoclassical anomaly.	Calidad institucional y desarrollo económico	Examinar los factores determinantes que potencian la calidad institucional. Institucional.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Este trabajo muestra que las tasas de acumulación de capital físico y humano son significativamente convergentes, así como la apertura al comercio y diversas variables que miden la calidad institucional.

Openness, institutions, and policies: Determinants of globalisation and economic growth in developing countries.	Calidad institucional y crecimiento económico	Este documento examina la integración comercial de las economías en el contexto de globalización.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	La mayoría de las economías sostienen que la reducción de las barreras al comercio tiene un efecto positivo en el crecimiento económico y la reducción de la pobreza. Sin embargo, algunos economistas las instituciones
---	---	---	----------	------------	------------	------------	------------	--

<p>Opportunities for improving the quality of hypertension care in a managed care setting</p>	<p>Calidad de un programa de intervención en Salud.</p>	<p>Evaluar las practicas de manejo de la hipertensión y los resultados en la atención médica</p>	<p>Salud</p>	<p>No aparece</p>	<p>Pare identificar los hipertensos de los 23316 pacientes se obtuvo una muestra de 374 pacientes</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>La mayoría de los pacientes tratados para la hipertensión (66%) no lograron el control de la presión arterial. El análisis reveló una elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular entre los pacientes hipertensos, con el 92,2% de los pacientes del estudio que tenga dos o más factores de riesgo. Un programa para la mejora de la calidad de atención de la hipertensión puede mejorar los resultados de salud del paciente ya que educa a los pacientes y cuidadores de salud acerca de las implicaciones de la enfermedad y permite identificar los pacientes con comorbilidades convincente y también permite evaluar los regímenes farmacológicos, terapéuticos y recomendar cambios cuando sea necesario.</p>
---	---	--	--------------	-------------------	---	-------------------	-------------------	--

Over the river and through the woods: The evolution of involvement by primary family caregivers in nursing facilities	Organización sistémica de la familia, modelo de adquisición de competencias y satisfacción con la vida.	Identificar los elementos de descubrimiento que son típicamente experimentados por el cuidador principal de la familia (PFC), determinar los "puntos de inflexión crítica" en la continuidad de su integración social, describir un modelo de participación que represente el proceso de integración gradual, investigar como el PFC determina los criterios de auto-evaluación y evaluar si se cumplen los objetivos que se marcan.	Programas de Intervención.	Cualitativa	30 cuidadores	Entrevistas en profundidad	Se propone un modelo de siete fases para ilustrar la evolución del cuidador que trabaja en residencias de ancianos.	Los resultados sugieren la necesidad de desarrollar una mejor comprensión de las motivaciones para ser un cuidador.
Panorama de los sistemas de garantía de calidad en Europa: una visión transnacional de la acreditación	Sistemas de garantía de calidad en Europa en Universidades	analizar autonomía universitaria, rendición de cuentas y financiación proceso matricial de acreditación	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	No aparecen

<p>Para una evaluación democrática de la calidad de la enseñanza universitaria</p>	<p>Calidad Universitaria</p>	<p>Analizar la evaluación institucional de la calidad de la enseñanza universitaria realizada en España durante la última década.</p>	<p>Educación</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Actualmente existe una contradicción entre el enorme esfuerzo realizado y su escaso alcance práctico. Para superar este problema debe revisarse el modelo teórico propuesto, particularmente las propiedades implícitas del concepto de calidad asumido y su escaso interés por las peculiaridades organizativas de la universidad. Además de recordar la asimetría entre docencia e investigación, se llama la atención sobre el riesgo de extrapolar el enfoque de indicadores a los objetivos de comprensión y mejora de la enseñanza, así como algunas insuficiencias del concepto de satisfacción del cliente para explicar la posición social del estudiantado.</p>
--	------------------------------	---	------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--

Paying for institutional quality: reaching the limits of funding policy?	Calidad de servicio prestado aumenta con incentivos al rendimiento	Comprobar si se da la relación de cuando se producen más incentivos en el trabajador aumenta la calidad y la seguridad del paciente.	Salud	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	No aparecen
Physician-independent quality control of health services.	Calidad Sanitaria	Proponer un sistema de garantía de calidad para gestionar la calidad de la atención sanitaria	Salud	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	La visión de futuro de un sistema externo de control de calidad comprende: 1. electrónica basada en el paciente, derivados del conjunto de datos para el control de calidad 2. La participación en la definición de indicadores basados en pruebas para la evaluación de la calidad, así como la aplicación de estos indicadores; 3. La publicación de los resultados en una plataforma en Internet.

Posibilidades para la comunidad gitana en el mercado laboral del estado español	Calidad institucional e integración del pueblo gitano.	Identificar los elementos que frenan la integración del pueblo gitano en la sociedad.	Social.	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Entre los elementos destaca; la necesidad del reconocimiento institucional del pueblo gitano, una formación de calidad que se acerque al objetivo de Sociedad de conocimiento para todos y todas, la promoción de medidas que favorezcan la creación de empresas familiares o la creación de puesta en práctica de políticas y medidas concretas que tengan en cuenta la situación de los grupos más desfavorecidos.
---	--	---	---------	------------	------------	------------	------------	--

<p>Postoperative pain management. Aims and organization of a strategy for postoperative acute pain therapy</p>	<p>Calidad asistencial sanitaria.</p>	<p>Desarrollar un plan de aseguramiento de la calidad institucional de atención médica.</p>	<p>Salud</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>En la primera fase: Evaluar el nivel de alivio del dolor y la satisfacción del paciente para mejorar la eficacia del manejo del dolor. En la segunda fase: evaluación postoperatoria, creando un grupo clínico de colaboración capaz de identificar los criterios de calidad, eficacia y seguridad. Y por ultimo una evaluación de resultados, analizando los resultados quirúrgicos, la morbilidad, mortalidad y duración de la hospitalización.</p>	<p>No aparecen</p>
--	---------------------------------------	---	--------------	-------------------	-------------------	-------------------	--	--------------------

Procesos innovativos y redes en dos municipios del Conurbano Bonaerense.	Calidad institucional y desarrollo industrial	Se intenta explicar la importancia de los condicionantes macroeconómicos, la política económica, la evolución de las instituciones y las estrategias de las firmas en la generación de redes verticales, horizontales y territoriales.	Economía.	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	No aparecen.
--	---	--	-----------	------------	------------	------------	------------	--------------

Prolonged recovery and delayed side effects of sedation for diagnostic imaging studies in children	Calidad intervención sanitaria	Evaluar la recuperación y el retraso en los eventos adversos después de la descarga de la sedación en niños que se les hicieron resonancias magnéticas o tomografías computarizadas.	Salud.	No aparece	376 niños	Con la aprobación de la junta de revisión institucional y consentimiento informado por escrito de sus padres, se estudiaron los niños (<18 años) sedados para imágenes de resonancia magnética o tomografía computarizada. Se ordenó al radiólogo responsable del procedimiento seguir con las directrices institucionales de conformidad teniendo en cuenta el estado de salud. El personal pediátrico que efectuó el diagnóstico y el seguimiento del tratamiento se le pidió que siguiera las directrices institucionales preestablecidas. Los niños fueron dados de alta cuando se reunieron los criterios preestablecidos de descarga de la anestesia. Al día siguiente se llamo a los padres por	El 89% de los niños recibieron hidrato de cloral (CH; 64 + / - 13 mg / kg), y el 11% de midazolam (.15 + / - .13 mg / kg) como el principal sedante. Hubo un 8% la incidencia de fracaso de la sedación, y un 1,6% la incidencia de hipoxemia durante el procedimiento. Tres niños requirieron seguimiento prolongado postanestésico en la unidad de cuidados antes de la descarga; 1 niño atribuible a una reacción alérgica, un segundo atribuible a sibilancias y de saturación de oxígeno, y el tercero, a la prolongación de la sedación de CH y midazolam. Los efectos secundarios después de la descarga incluyen: desequilibrio de motor (31%), efectos gastrointestinales (23%), agitación (19%), y la inquietud (14%). Agitación y la inquietud duró más de 6 horas en más de un tercio de los niños que experimentaron estos efectos. CH es más comúnmente asociado con midazolam en comparación con el
--	--------------------------------	--	--------	------------	-----------	--	--

Prosperity without conflict	Calidad institucional y crecimiento económico	Examinar el papel de las instituciones de los derechos de propiedad y la gestión de los conflictos para mitigar los efectos negativos en la economía	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Nos encontramos con que la maximización de la eficiencia económica puede requerir una reducción en el crecimiento a fin de mitigar el problema de la desviación, aunque el crecimiento de la economía es ineficiente y lento en ausencia de tributación. Cuando la calidad institucional es lo suficientemente mala, pero no lo contrario. El documento advierte en contra de la justificación de la promoción convencional de políticas de crecimiento.
-----------------------------	---	--	----------	------------	------------	------------	------------	--

<p>Psico-sociocultural variables and the connative meaning of "quality" in higher education.</p>	<p>Calidad universitaria</p>	<p>Presentar un modelo de evaluación de la calidad de la educación superior.</p>	<p>Educación</p>	<p>No aparece</p>	<p>106 profesores</p>	<p>No aparece</p>	<p>Mediante modelo de ecuaciones estructurales.</p>	<p>Los modelos estructurales de la evaluación presentan las siguientes variables psicológicas: personalidad (auto-concepto, logro, locus de control, y la asertividad), la cognición (la inteligencia y estilos cognitivos) y psico-socio-cultura (PHSC y filosofía de vida) de los profesores. La muestra es comparable a las muestras similares en el país, por lo tanto, pueden sacarse conclusiones sobre la población mexicana de educación superior.</p>
--	------------------------------	--	------------------	-------------------	-----------------------	-------------------	---	--

<p>Quality assessment and institutional change: Experiences from 14 countries</p>	<p>Calidad Universitaria</p>	<p>El documento presenta un modelo conceptual de las relaciones entre la gestión de la calidad y el cambio institucional en la educación superior que tiene en cuenta la variación en los contextos nacional e institucional en el que la gestión de la calidad y la evaluación se lleva a cabo, así como las diferencias en los métodos utilizados</p>	<p>Educación</p>	<p>No aparece</p>	<p>14 países</p>	<p>No aparece</p>	<p>El documento sostiene que el centro de la creación de gestión de la calidad y los sistemas de evaluación, ya sea nacional o institucional, son cuestiones de poder y valores. Una de las cuestiones centrales que el documento se analiza la medida en que la gestión de la calidad representa un desafío para los sistemas el valor intrínseco de la profesión académica y es un mecanismo mediante el cual los valores extrínsecos de la sociedad y la economía se da un mayor peso en la vida académica institucional. Los cambios en el equilibrio de poder dentro de la vida académica entre el sistema institucional, unidad básica y los niveles se exploran como parte de procesos más generales del cambio institucional</p>	<p>En la última década, casi todos los países europeos han establecido sistemas nacionales para la evaluación de la calidad en la educación superior. Se puede encontrar una evolución similar en muchas otras partes del mundo. En la mayoría de los países, estos acontecimientos han sido en gran parte, patrocinado por el estado, incluso la calidad de los organismos nacionales de manera general, han constituido un importante grado de autonomía operativa y utilizan, sobre todo, una forma de revisión por pares como su principal método de evaluación.</p>
---	------------------------------	---	------------------	-------------------	------------------	-------------------	--	--

Quality assessment and institutional change: Experiences from 14 countries	Programa de gestión institucional en educación superior (evaluación de la calidad en educación superior)	Efectos nacionales e institucionales de sistemas de gestión de calidad en las instituciones de educación superior de 14 países	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	El impacto de la evaluación de la calidad se considera en términos de recompensas e incentivos, políticas y estructuras de las instituciones y culturas. El documento sostiene que el centro de la creación de gestión de la calidad y los sistemas de evaluación, ya sea nacional o institucional, son cuestiones de poder y valores.
Quality assurance in nursing care-- approach and implementation of a comprehensive professional and institutional quality assurance project	Calidad en instituciones sanitarias	Modelo de aseguramiento de calidad: transferencia de la teoría a la práctica	Salud	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	El resultado de la experiencia en aseguramiento de la calidad de trabajo indica que la teoría y la práctica de este método de producción y el éxito en la práctica, así como para estudios académicos y la transferencia de conocimientos.

Quality management in the otolaryngology practice	Sistema de gestión de calidad en salud	Describir las ventajas de la introducción de programas de gestión de la calidad interna en el sistema sanitario alemán.	Salud	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Para las mayorías de las prácticas se recomienda la aplicación de un sistema básico de gestión de calidad. Ya que de esta manera se cumplen los requisitos legales exigidos, además que con menos costos y esfuerzos se consigue con más éxito los resultados.
---	--	---	-------	------------	------------	------------	------------	--

Quality matters: Assessing the impact of attending more selective institutions on college completion rates of minorities	Calidad universitaria	Examina el impacto de los criterios de selección de las universidades sobre los estudiantes que finalmente ingresan en esas universidades.	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Los resultados sugieren que los estudiantes que asisten a las instituciones más selectivas tienen más probabilidades de completar la licenciatura. Este resultado es válido para los estudiantes hispanos y afroamericanos. Después de corregir el problema de la selección de estudiantes, los resultados de los modelos sugieren que las instituciones más selectivas podrían tener un sesgo al azar. El efecto positivo de las instituciones sobre la obtención selectiva de estudiantes sugiere que tienen el potencial para aumentar la graduación de las minorías.
Quality of Care and Mortality among Long-term Care Residents with Dementia.	Calidad de atención	Determinar si la mortalidad residente puede ser explicada por la calidad de al atención institucional	Salud	No aparece	402 residentes en 73 centros	Estadísticas vitales	regresión logística	Algunos factores causales sociales determinan la mortalidad.

Quality of Student Life and Its Impact on Retention in a Higher Education Institution	Calidad universitaria	Explora la cuestión de la calidad de vida estudiantil y el aprendizaje en una institución religiosa privada de educación superior.	Educación	Encuesta	Se selecciono al azar una muestra estratificada de los estudiantes matriculados en el Colegio Metodista de Martin durante el 2004.	Cuestionario de satisfacción y Spss para el análisis de datos.	El análisis de datos consistió en la realización de descriptiva e inferencial de procedimientos estadísticos.	La integración académica, la integración social y la calidad del servicio que prestan las instituciones influyen en la clasificación generales que hacen los estudiantes. De entre los alumnos que se volvieron a matricular y los que no lo hicieron, la integración social es un factor dominante, resultados apoyados por el análisis de regresión múltiple. Los estudiantes que no volvieron a inscribirse en el colegio valoraron peor la calificación de la institución.
---	-----------------------	--	-----------	----------	--	--	---	--

Rankings internacionales y calidad de los sistemas universitarios	Calidad universitaria	Analizar la posición de las universidades europeas, en concreto las españolas	Educación	No aparece	No aparece	el Academic Ranking of World Universities (ARWU) que anualmente efectúa el Shanghai Jiao Tong University Institute of Higher Education. ARWU, originalmente diseñado para clasificar universidades atendiendo exclusivamente a su rendimiento investigador, e		Los resultados de nuestro análisis nos han permitido aportar evidencia en apoyo de la selección de indicadores y ponderaciones utilizados en ARWU.
---	-----------------------	---	-----------	------------	------------	---	--	--

Reaping the benefits of financial globalization.	Calidad Institucional y desarrollo financiero.	Describir los efectos de la globalización en el desarrollo financiero de los países.	Economía					Estas tendencias divergentes derivan de diferentes regímenes de control de capitales, así como de una serie de factores como la persistencia de diferentes grados de calidad institucional y el desarrollo financiero nacional. Esta mayor integración de los mercados emergentes y los países en desarrollo en los mercados financieros mundiales pueden proporcionar beneficios significativos a los residentes de países avanzados a través de mejores oportunidades para la diversificación de la cartera. En los próximos años, estos acontecimientos son un buen augurio para los países miembros ya que se les posibilita la oportunidad de aprovechar plenamente los beneficios de la globalización financiera.
--	--	--	----------	--	--	--	--	---

<p>Reflexiones sobre las antinomias de la inspección educativa en España: un problema sin resolver.</p>	<p>Calidad educativa.</p>	<p>Reflexionar sobre las antinomias de la inspección educativa en España.</p>	<p>Educación</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Los estados de indeterminación que históricamente ha padecido la inspección educativa han dado lugar a diferentes contradicciones, de entre las que son fundamentales las siguientes: La dualidad del modelo: Alta Inspección e Inspección Educativa; la configuración de cuerpo administrativo o docente; una organización nivelar frente a otra internivelar; de la semiprofessionalización a la profesionalización; el control frente al asesoramiento; el desarrollo de la función de pedagogo o burócrata; y la indefinición, el conflicto y la ambigüedad del rol. Quizá porque estén menos contaminadas políticamente que la educativa, otras inspecciones han sido capaces de pasar de un marco con un modelo autoritario de los años sesenta, a un modelo constitucional que tiene en cuenta la configuración de la actividad inspectora como propia de un</p>
---	---------------------------	---	------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--

<p>Reforma de la Educación Superior en América Latina. Algunas reflexiones sobre calidad de la enseñanza universitaria, formación del profesorado y las reformas institucionales actuales a partir del análisis del debate en la Universidad uruguaya</p>	<p>Calidad universitaria</p>	<p>Describir la evolución de la enseñanza universitaria en Uruguay en la última década.</p>	<p>Educación</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Un documento reciente de la Unesco (2003) establece que en la región se han desarrollado, en momentos históricos bien definidos, tres modelos o estilos de reformas universitarias. La primera reforma transcurre entre 1918 y la década de los setenta, la segunda reforma se implementa desde esa fecha hasta fines de la década de los noventa y la tercera reforma comienza a partir del año 1998 y continúa hasta nuestros días. Sostenemos que el sistema universitario latinoamericano necesita transitar hacia un nuevo modelo de enseñanza superior donde la calidad de la enseñanza, la formación del profesorado y la investigación educativa se conviertan en instrumentos claves para el cambio.</p>
---	------------------------------	---	------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--

<p>Reforma universitaria en España. La síntesis imposible entre la tradición y la mundialización</p>	<p>Calidad universitaria</p>	<p>Valorar el modelo de evaluación institucional adoptado por la Ley Orgánica de Universidades.</p>	<p>Educación</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Documento: Ley Orgánica de Universidades</p>	<p>Para analizarlo adecuadamente lo abordamos mediante tres ejes principales: a) en el contexto de los debates internacionales sobre evaluación y aseguramiento de calidad; b) en el seno de nuestra propia historia universitaria, que incluye la evolución de las mentalidades sobre lo que debe ser la universidad, dentro y fuera de las mismas, y c) como paradoja respecto a las justificaciones y al modelo general de universidad impuesto por la LOU.</p>	<p>La perspectiva adoptada entiende a esta evaluación institucional como un instrumento decisivo para el gobierno de las universidades.</p>
--	------------------------------	---	------------------	-------------------	-------------------	---	--	---

<p>Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta en la adolescencia</p>	<p>Calidad centros educativos</p>	<p>El presente estudio analiza la relación entre el clima familiar y el clima escolar percibidos por el adolescente, examinando el rol desempeñado por determinados factores individuales (capacidad empática, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta en la escuela) en dicha asociación.</p>	<p>Educación</p>	<p>No aparece</p>	<p>1319 adolescentes de edades entre 11 y 16 años, escolarizados en siete centros de enseñanza secundaria en la Comunidad Valenciana</p>	<p>Para el análisis de los datos se ha calculado un modelo de ecuaciones estructurales.</p>	<p>Los resultados indican que el clima familiar se relaciona indirectamente con el clima social del aula a través de las siguientes asociaciones: la calidad del clima familiar mostró una relación directa con el desarrollo de la empatía, la actitud hacia el profesorado y la escuela como figura e institución de autoridad formal, así como con el comportamiento violento del adolescente en la escuela que, a su vez, contribuyeron a determinar la percepción del adolescente del clima escolar.</p>	
---	-----------------------------------	---	------------------	-------------------	--	---	---	--

<p>Relationship between preventability of death after coronary artery bypass graft surgery and all-cause risk-adjusted mortality rates.</p>	<p>Calidad atención sanitaria</p>	<p>El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre todos los factores que causan muertes en cirugía coronaria.</p>	<p>Salud</p>	<p>No aparece</p>	<p>347 pacientes seleccionados al azar en 9 instituciones de Ontario durante el periodo de 1998 y 2003.</p>	<p>herramienta estandarizada</p>	<p>Se realizó un análisis retrospectivo. Dos cirujanos cardíacos experimentados revisaron todos los resúmenes gráficos y para aquellos casos donde no había consenso entre ambos cirujanos se reevaluaron los casos por un tercer revisor. Se calcularon las tasas de muertes evitables para cada hospital y se compararon con todas las causas de mortalidad.</p>	<p>Un 32% de las muertes se consideraron evitables. Se encontró una correlación significativa entre todas las causas, el riesgo ajustado de mortalidad hospitalaria y la proporción de muertes evitables en el hospital. Una gran proporción de muertes están relacionadas con problemas en la sala de operaciones (86%) y la unidad de cuidados intensivos (61%). Muchas muertes se asocian con las desviaciones en la atención perioperatoria. Aproximadamente una tercera parte de las muertes producidas tras injertar un bypass de la arteria coronaria podían haber sido evitadas. Se deberían realizar auditorías detalladas de los eventos adversos para conducir a mejoras significativas en la calidad.</p>
---	-----------------------------------	---	--------------	-------------------	---	----------------------------------	--	---

Resource curse or not: A question of appropriability	Calidad Institucional y crecimiento económico.	Evalúa críticamente la base empírica de la llamada "maldición de los recursos".	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	La medida de la "abundancia de los recursos" puede ser más útil si se interpreta como un indicador de "dependencia de recursos" endógenos a los factores estructurales subyacentes. Encontramos que la dependencia de recursos no afecta al crecimiento, la abundancia de recursos afecta positivamente al crecimiento y a la calidad institucional y que la abundancia de recursos y de instituciones determina la dependencia de recursos.
--	--	---	----------	------------	------------	------------	------------	--

Resource intensity, institutions, and development	Calidad institucional y desarrollo humano.	Se examina la relación entre abundancia de recursos y varios indicadores de desarrollo humano.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	<p>Nos encontramos que, dado un primer nivel de ingresos, el uso intensivo de recursos por parte de los países tiende a sufrir más bajos niveles de desarrollo humano.</p> <p>Encontramos una relación indirecta entre recursos y bienestar que opera a través de la calidad institucional. Estos resultados indican que la "maldición de los recursos" es un fenómeno que abarca las principales diferencias entre los recursos, la gestión pública y el bienestar humano.</p>
---	--	--	----------	------------	------------	------------	------------	---

Resources and incentives to reform	Calidad institucional y crecimiento económico.	Proponer un modelo para aplicar buenas políticas en la inversión y el crecimiento.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	El modelo predice que la abundancia de recursos lleva a las malas políticas y por tanto a la baja inversión. Las implicaciones del modelo son apoyadas por las pruebas existentes. En particular, los países que son ricos en recursos naturales tienden a tener baja calidad institucional y los pobres las políticas macroeconómicas y comerciales.
------------------------------------	--	--	----------	------------	------------	------------	------------	---

<p>Review of analgesia use in the intensive care unit after heart surgery.</p>	<p>Calidad asistencia sanitaria.</p>	<p>Investigar los patrones de prescripción de analgésicos y la administración en el postoperatorio de cirugía cardíaca en pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos.</p>	<p>Salud</p>	<p>No aparece</p>	<p>73 pacientes intervenidos quirúrgicamente durante el 2003 y el 2004.</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>En el primer día postoperatorio, los pacientes recibieron una media de 1,27 mg de morfina por hora, mientras que los 25 pacientes en la UCI durante un segundo día recibieron una media de 0,84 mg. En el primer día de la administración del analgésico, no se observó ninguna relación entre la edad, el sexo o el uso de una arteria mamaria interna. En el segundo día, hubo una ligera relación negativa entre la administración de morfina y la edad. Antes de la salida de los desagües de pecho o se administró analgésico en el 23% de los pacientes. El promedio de tiempo para la entubación fue de 15,7 horas. Existe una moderada correlación entre el momento de la entubación y las dosis de morfina administradas. Se recomienda la introducción de puntuaciones del dolor en pacientes de la UCI ya que el Paracetamol u otros analgésicos simples podrían ser prescritos</p>
--	--------------------------------------	--	--------------	-------------------	---	-------------------	-------------------	---

Sabbatical leave programs as a form of faculty development	Calidad universitaria	El actual estudio nacional examinó la forma en que los decanos y académicos utilizan los periodos sabáticos para su desarrollo profesional y qué tipo de objetivos deben ser establecidos para evaluarlos.	Educción	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	La mayoría de las investigaciones centradas en controlar el año sabático han concluido que las medidas más utilizadas es al evaluación formativa, sin embargo, hay acuerdo en que se debería hacer más para justificar el tiempo y los gastos relacionados con un año sabático.
Salir del atraso en América Latina	Calidad institucional y desarrollo	Reflexionar sobre la situación latinoamericana en contraste con las experiencias exitosas de la salida del atraso ocurridas en Europa occidental en la segunda mitad del siglo XIX y en Asia oriental en la segunda mitad del siglo XX.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Entre las diferencias más importantes encontradas, señalan que en Latinoamérica el retardo estructural de la agricultura, la pobre calidad institucional y el débil sentido de urgencia política aun persiste y agudiza la segmentación social.

Servicios sociales: retos y perspectivas	Calidad de los Servicios Sociales.	Reflexión en torno al actual sistema de Servicios Sociales.	Social	No aparece	No aparece	No aparece	Abordamos algunos aspectos que consideramos clave en el proceso como el desarrollo legislativo y los retos que debe afrontar. En un segundo apartado perfilamos una serie de premisas que debe contemplar la nueva Ley de Servicios Sociales, subrayando criterios de calidad. La reflexión se completa destacando el papel de los trabajadores sociales en el ámbito y el indispensable apoyo institucional a la intervención profesional.	No aparecen.
--	------------------------------------	---	--------	------------	------------	------------	---	--------------

<p>Social and institutional factors of economic development: Evidence from Europe</p>	<p>Calidad institucional y desarrollo económico</p>	<p>Identificar los factores determinantes de desarrollo económico</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>34 países europeos.</p>	<p>No parece</p>	<p>Análisis factorial, mediante el análisis de componentes principales.</p>	<p>A nivel macro el capital social comprende diferentes aspectos de la calidad institucional, y está estrechamente relacionado con la distribución de ingresos y la cohesión social. Tras el análisis factorial se sacaron tres componentes principales: capital humano y social, la igualdad y la redistribución de ingresos. Que conjuntamente describían el 64.4% de la variación de las variables iniciales. El siguiente análisis de regresión demostró que todos estos componentes tienen un efecto positivo en el desarrollo económico.</p>
---	---	---	-----------------	-------------------	----------------------------	------------------	---	--

<p>Social development and industry level foreign direct investment.</p>	<p>Calidad institucional y desarrollo económico</p>	<p>Identificar los factores que fomentan la inversión extranjera directa.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>La estabilidad socio-política y calidad institucional, la democracia y la libertad política, y las normas del trabajo, parecen tener un impacto en los flujos de la inversión extranjera directa (IED). Nuestro examen amplio de los estudios econométricos utilizando datos sobre la IED a nivel industria, revela que muy poco se ha dicho sobre el desarrollo social y la inversión extranjera directa. En cambio, los estudios disponibles proporcionan una desigual consideración de los factores determinantes de la situación económica de la industria a nivel de las corrientes de IED. Los resultados ponen de relieve importantes similitudes y diferencias entre las industrias. Nos encontramos que la rendición de cuentas democrática tiene una asociación negativa con la IED en las industrias del sector secundario, pero positivo en el terciario. Este</p>
---	---	---	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	---

Socio-economic factors and the finance-growth nexus	Calidad institucional y desarrollo económico.	Identificar los factores que fomentan el desarrollo económico.	Economía		93 países	Se estima una ecuación de crecimiento incluyendo un nuevo indicador de actividad financiera teniendo en cuenta los efectos de la interacción de éste con la educación y la acumulación de capital físico.	La actividad financiera en general, tiene un impacto positivo sobre el crecimiento económico. Se demuestra que el crecimiento depende de factores socioeconómicos. En concreto, el efecto del crecimiento de un determinado nivel de actividad financiera es mayor en la aplicación de la ley más corporativista y más países, mientras que los resultados no son concluyentes con respecto a la democracia, la orientación de mercado y estructura financiera	
---	---	--	----------	--	-----------	---	--	--

South-East Asian export performance: External market access and internal supply capacity	Calidad institucional y crecimiento económico.	Este trabajo investiga los determinantes de la divergencia de las exportaciones entre países y regiones, centrándose en particular en Asia sudoriental.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	Empezamos con una descomposición del crecimiento de las exportaciones en el aumento de las contribuciones de la demanda externa (acceso a los mercados extranjeros) y las mejoras internas en las condiciones de la oferta (la capacidad de oferta).	Basándose en los resultados de la descomposición, encontramos que los factores que contribuyen al crecimiento son factores de tipo geográfico, y la calidad institucional de los países.
State capture, income and institutional quality	Impacto de los ingresos en la calidad institucional depende de la recaudación del estado	Relación calidad institucional-recaudación estado	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	El aumento de ingresos contribuye al desarrollo institucional solo si el grado de recaudación estatal es bajo.

<p>States and markets: The advantage of an early start.</p>	<p>Calidad institucional y crecimiento económico.</p>	<p>Determinar los factores que el crecimiento económico.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No parece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Se demuestra que la antigüedad del Estado tiene una correlación significativa con las medidas de estabilidad política y calidad institucional, con los ingresos per cápita y con la tasa de crecimiento. De esta forma la antigüedad del Estado contribuye de manera significativa a explicar las diferencias en las tasas de crecimiento. También es un instrumento para explicar las diferencias entre la productividad de los trabajadores en los distintos países.</p>
---	---	--	-----------------	-------------------	-------------------	------------------	-------------------	---

<p>Strength and commitment of the state: It takes two to tango - A case study of economic reforms in Argentina in the 1990s</p>	<p>Calidad institucional y crecimiento económico</p>	<p>Este documento aborda la cuestión de por qué las reformas económicas radicales se convirtieron en una realidad en la Argentina en el decenio de 1990, concentrándose en la dimensión política e institucional de la reforma de la política económica.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Se presenta un marco para el análisis de los factores determinantes de la calidad de las instituciones económicas, en particular, el compromiso político del Estado para proporcionar los bienes y derechos contractuales, y su capacidad administrativa en su aplicación. El marco se aplica a la Argentina bajo el gobierno del presidente Carlos Menem.</p>	<p>Los resultados de un análisis empírico muestran claramente una mejora en la calidad institucional, el estado y el compromiso de la fuerza durante el primer mandato de Menem. A su vez, durante su segundo mandato, los indicadores actuales muestran signos de declive. Teniendo en cuenta las perspectivas de Argentina en un futuro próximo, las deficiencias de compromiso democrático con respecto a los mecanismos de control representan una amenaza permanente a las reformas económicas realizadas hasta la fecha.</p>
---	--	--	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	---	--

Strengthening institutional competitiveness through quality education: The case of the University of Zulia	No aparece	Calidad institucional mediante fortalecimiento de la competencia	Educación	No aparece	Tres poblaciones estudiadas: los investigadores activos, los estudiantes de las distintas facultades y el sector externo que mantiene el contacto con unidades de investigación dentro de la universidad. La muestra seleccionada fue no probabilística, en el caso de profesores y estudiantes y para el sector externo se utilizó un censo.	instrumento estructurado	revisión documental-descriptiva	Apoyan que si se aumenta la competencia se aumenta la calidad.
Supervising for quality: An empirical examination of institutional arrangements in China's construction industry	La evaluación institucional se reduce a estudios de opinión sin estudios empíricos serios.	Analizar los de forma exhaustiva los cambios producidos en la industria de la construcción china	Urbanismo	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	la asignación de recursos en términos de producción de calidad se verán afectados por los cambios en los arreglos institucionales

Sustainability and human development.	Desarrollo Humano y Calidad Institucional	Construir un modelo empírico que recoja las aportaciones tanto de la hipótesis de la maldición de los recursos como la de la curva ambiental de Kuznets.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Los resultados confirman el papel fundamental de la calidad de las instituciones y el capital humano en la mejora del crecimiento y el desarrollo económico.
Tarea primaria, dinámica institucional y garantía de calidad en Salud Mental	Modelos de gestión de calidad (salud mental)	Introducir un programa de garantía de calidad	Sanidad	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	No aparecen
Tax morale and conditional cooperation.	Calidad institucional y corrupción	Proporcionar evidencias empíricas de la importancia de la cooperación condicional.	Economía	Encuesta	Países de Europa Oriental y Occidental	No aparece	No aparece	Encontramos una alta correlación entre la percepción de la evasión fiscal y la moralidad fiscal. Los resultados siguen siendo sólidos si se tiene en cuenta los factores endógenos de cada país. También se observa que hay una fuerte correlación entre calidad institucional y la moralidad fiscal.

Technology trade in economic development.	Calidad institucional y crecimiento económico	Demostrar empíricamente si la calidad de las instituciones determina el nivel de crecimiento económico.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	Nosotros sostenemos que, en general, el comercio no es la medida más adecuada para la difusión de la tecnología como fuente de crecimiento de la productividad y proponemos centrarnos en las importaciones de investigación y desarrollo (I + D) en lugar de los bienes intensivos.	En general, se confirman las conclusiones anteriores de que las instituciones más importantes y que, en general, el comercio no tiene una significación positiva con el nivel de ingresos per cápita. Sin embargo, esto no afecta al comercio de la tecnología, ya que hay una relación positiva y significativa entre las importaciones de tecnología y los niveles de ingresos.
Testing Baumol: Institutional quality and the productivity of entrepreneurship	Teoría de la iniciativa empresarial prevalencia de la calidad de la economía y de la política e instituciones jurídicas sobre el desempeño personal		Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Las instituciones que gestionan bien la calidad, canalizan esfuerzos productivos en el espíritu empresarial, y contribuyen al mantenimiento de altas tasas de crecimiento económico
Testing the links: How strong are the links between institutional quality and economic performance?	Efecto de las instituciones en los resultados económicos	determinar en qué medida pasa esto	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	Marco econométrico macroeconómico:	la calidad institucional tiene un efecto significativo en el nivel de ingresos y en el nivel de crecimiento

<p>The Argentinian failure". Interpreting the economic evolution in the 'short XX century</p>	<p>Calidad institucional y crecimiento económico</p>	<p>Examinar y analizar los malos resultados económicos en Argentina entre la Gran Gerra y la crisis de 1989.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>La literatura se agrupa según dos enfoques diferentes. La primera asume que el crecimiento fue obstaculizado por factores estructurales, tales como legados coloniales, el peso de las instituciones, la asimetría de las relaciones internacionales, los problemas en la formación de capital y la inadecuación de la clase empresarial que guiará la industrialización. La segunda considera que la explicación en las políticas económicas o circunstanciales procesos. Incluye a los que la señal de una falta o tardía de intervención estatal, o por el contrario, es la intervención estatal la que distorsiona los parámetros del crecimiento económico.</p>
---	--	--	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	---

The colonial origins of human security: Economic, geographic, and institutional determinants	Seguridad humana y calidad institucional	Intentamos determinar si la seguridad humana es principalmente un fenómeno de desarrollo económico, calidad institucional, la geografía, o alguna combinación.	Economía	No aparece	Colonias antiguas, pero no específica	No aparece	Aplican un modelo a una muestra de antiguas colonias, porque de esta manera justifican que pueden centrarse en poblaciones con mayores riesgos de seguridad humana.	No aparecen
The democracy deficit and mass support for an EU-wide government.	Calidad institucional e integración política	Examinar si el déficit de la representación en masa en la Unión Europea tiene incidencias en la integración política.	Administración pública.	Encuesta	No aparece	No aparece	No aparece	Los resultados muestran que cuando los ciudadanos perciben que no están representados, su apoyo a la Unión Europea se reduce independientemente de las percepciones económicas. Esta reducción es especialmente fuerte en los países con instituciones que funcionan bien.

<p>The determinants of financial development: Institutions, openness and financial liberalisation</p>	<p>Calidad institucional y crecimiento económico.</p>	<p>Arrojar nuevas evidencias sobre la influencia de la calidad institucional, apertura comercial y liberalización financiera sobre el desarrollo del mercado financiero.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>Utilizamos datos de 27 economías durante 1980-2001.</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Los resultados muestran que la renta real per cápita y la calidad institucional son factores determinantes del desarrollo de la banca, del sector y del mercado de capitales. La apertura comercial, sin embargo, está relacionada con el desarrollo del mercado de capitales. En términos de liberalización financiera, los resultados sugieren que las reformas del sector financiero nacional tienden a promover el desarrollo del sector bancario, mientras que la liberalización del mercado de valores favorece la entrega de acciones de desarrollo de mercado. Sin embargo, la liberalización financiera es más sensible en las economías desarrolladas.</p>
---	---	--	-----------------	-------------------	--	-------------------	-------------------	---

The determinants of the institutional quality of countries	"Gobierno de acumulación de Indicadores" de Kaufmann et al. (2003)	Determinar los factores que determinan la calidad institucional de los países.	Economía	No aparece	2 submuestras	No aparece	No aparece	No aparecen
The Effect of Macro-level Social Capital on Sustainable Economic Development	Capital social y desarrollo económico.	El presente documento analiza a nivel macro el impacto del capital social en el desarrollo económico en 34 países europeos	Economía	Cualitativa	Datos de 34 países	No aparece	Análisis factorial y análisis de regresión	Se obtuvieron tres componentes; el capital humano y social, los ingresos y la redistribución que explicaban conjuntamente el 64.4% de la variación de las variables iniciales. Tras el análisis de regresión se demostró que todos estos componentes tienen un efecto positivo sobre el desarrollo de la economía.

The effects of policy, institutions and geography on economic growth in Africa: An econometric study based on cross-section and panel data.	Calidad institucional y crecimiento económico	Identificar los factores determinantes de crecimiento de África en el PIB per cápita, así como evaluar la relevancia empírica de las recientes contribuciones que hace hincapié en la importancia de las indicaciones geográficas frente a los factores institucionales.	Economía.	No aparece	No aparece	No aparece	Para abordar el peligro de la utilización de un método de estimación inadecuado, se utilizaron una serie de métodos de estimación para saber la operación Supervivencia en el Sudan, LAD, GLS-de efectos aleatorios y de efectos fijos, así como una dinámica MMG-estimador.	Los resultados confirman que el MMG-estimador es más eficaz y superior que el control de la heterogeneidad no observada. Destacando que los efectos dinámicos de la en endogeneidad de regresores es importante. Se concluye que existe una convergencia condicional en África, y que la alfabetización, la inversión, la inversión extranjera directa y la aglomeración urbana tienen un importante efecto positivo en crecimiento del PIB per cápita en África. El crecimiento se ve afectado negativamente por los gastos del gobierno, la mortalidad de los colonos y el paludismo. Estos resultados apoyan la tesis de Acemoglu et al. 'S (2001) "inversión de la fortuna", que la mortalidad de los colonos está inversamente relacionada con el crecimiento económico. Además, sugiere que la geografía puede tener un importante impacto en las
---	---	--	-----------	------------	------------	------------	--	---

The evolution of institutions in India and its relationship with economic growth.	Calidad institucional y desarrollo económico.	Examina la evolución de algunas instituciones públicas en la India.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	Se presentan tres tipos de pruebas: en los resultados institucionales (tales como pérdidas en la generación de energía, retrasos en la eliminación de las causas judiciales); sobre medidas basadas en las percepciones de la gobernanza, algunos que se remontan a las décadas de 1960 y, por último, sobre la administración de aduanas y si ha sido más eficaz en la detección de la evasión en el tiempo.	Toda la evidencia sugiere que la calidad institucional no ha mejorado con el tiempo.
---	---	---	----------	------------	------------	------------	---	--

<p>The experiences and challenges for adjudication on refugee law in Slovenia</p>	<p>Calidad institucional y derecho de los refugiados.</p>	<p>Examinar la ley de protección de los refugiados de Eslovenia ya que es un país fronterizo de la Unión Europea y tendrá una gran gestión de los casos.</p>	<p>Derecho, legislación.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>No aparece</p>	<p>Resoluciones Judiciales</p>	<p>Examina las resoluciones judiciales del Tribunal Administrativo, el Tribunal Supremo y el tribunal Constitucional de la Ley sobre los refugiados.</p>	<p>Selecciona seis prioridades para la construcción de los mecanismos necesarios para hacer frente al creciente número de cuestiones importantes relativas a los derechos de los refugiados.: La integridad del derecho de asilo, la armonización de la legislación de la UE y el carácter de protección de derecho internacional de los refugiados en Eslovenia son los prerrequisitos para que se garantice la capacidad de gestión del poder Judicial.</p>
---	---	--	------------------------------	--------------------	-------------------	--------------------------------	--	---

The great divide revisited: Ottoman and Habsburg legacies on transition	Calidad institucional y legado de imperios.	Examina el legado que dejaron el imperio Otomano y el Habsburgo en cuestión de la calidad institucional de sus actuales Estados.	Economía.	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Existe una gran variación en la calidad institucional entre los países socialistas del sur de Europa Central y Oriental. Variación que puede ser explicada por los legados de los Imperios Otomano y Habsburgo. Legado histórico de los imperios que han afectado a la calidad institucional de los Estados sucesores. Los resultados también muestran que los sucesores de Habsburgo tienen instituciones más eficientes en una economía de mercado que las de los sucesores del Otomano.
The impact of tax morale and institutional quality on the shadow economy	Factores de impacto de la moral fiscal y la calidad institucional sobre la economía sumergida.		Economía	No aparece	No aparece	No aparece	Análisis multivariado	La conciencia moral y la mejora de la calidad institucional provocan un descenso de la economía sumergida.

The informal economy and the growth of small enterprises in Russia	Calidad institucional y desarrollo económico	Este artículo utiliza datos regionales rusos para estimar los factores determinantes de la economía informal para examinar la relación entre economía informal y crecimiento de las pequeñas empresas durante el periodo de transición.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	Después de obtener una estimación del tamaño de la economía informal en cada región roja de 1992 a 1999, se realiza un análisis para encontrar si el progreso y la reforma institucional toman en cuenta las cualidades de la economía informal.	Los resultados sugieren que la economía de Rusia se debió a un retraso en la reforma y la baja calidad de las instituciones. Se constató que el crecimiento de las pequeñas empresas es afectado positivamente por la economía informal. Estos resultados implican que la economía informal ayuda a crecer a las empresas cuando faltan acciones por parte del gobierno, pero estas actividades informales tienden a convertirse en oficiales a lo largo del tiempo.
The institutional challenge of the ACP/EU economic partnership agreements	Calidad institucional y desarrollo económico.	Este artículo sostiene que la calidad institucional desempeña un papel clave en el éxito de la liberalización del comercio.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Sólo los países con instituciones de alta calidad pueden beneficiarse del comercio. Lamentablemente, la gran mayoría de países africanos tienen un exceso de regulación que les impide sacar provecho del comercio.

The institutional determinants of bilateral trade patterns.	Calidad institucional y comercio	Estudia el efecto de las instituciones sobre los flujos de comercio.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	Para ello utilizan un modelo de enfoque de gravedad. Las ecuaciones de gravedad estándar incorporan factores como la proximidad geográfica, el idioma, la política comercial común y la historia como factores explicativos de las variaciones en el comercio bilateral. Hacen extensivo éste análisis y se centran en la importancia de la calidad de gobierno y el grado de familiaridad con el marco de reglas y normas para explicar la variación en los patrones del comercio bilateral.	El tener un marco institucional similar promueve el comercio bilateral. Además, la mejor calidad de las instituciones formales tiene incidencias en el comercio.
---	----------------------------------	--	----------	------------	------------	------------	---	--

<p>The location determinants of FDI in the GCC countries." Journal of Multinational Financial Management</p>	<p>Calidad institucional y desarrollo económico</p>	<p>Estudia los factores determinantes de la localización de las corrientes de Inversión Extranjera Directa a los países productores de petróleo.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Para ello se utilizan datos de panel</p>	<p>Las indicaciones indican que el potencial de petróleo, en concreto la medida de reservas de petróleo y su utilización, tiene una sorprendente influencia negativa sobre los flujos de Inversión Extranjeros Directos (IED), en contra de las expectativas sobre la asociación positiva entre recursos petroleros de los países y las corrientes de IED. Sin embargo, el grado relativo de utilización del petróleo en relación con las reservas del petróleo, tiene una influencia positiva en la afluencia. Las estimaciones también indican que, si bien la calidad institucional, la apertura del comercio y el fomento del desarrollo de la infraestructura de las corrientes del IED disuade significativamente el capital humano.</p>
--	---	--	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	---	--

The New Affirmative Action: Socioeconomic Preference Criteria in College Admissions	Calidad institucional mediante la equidad, eficacia y diversidad.	demostrar que se siguen otros criterios	Educación	No aparece	137 estudiantes	No aparece	No aparece	No aparecen
---	---	---	-----------	------------	-----------------	------------	------------	-------------

<p>The New England Colorectal Cancer Quality Project: A prospective multi-institutional feasibility study</p>	<p>Calidad atención sanitaria</p>	<p>Evaluar la viabilidad de un programa multinstitucion al prospectivo a partir de la base de datos regional de pacientes sometidos a operación de cáncer colorrectal.</p>	<p>Salud.</p>	<p>No aparece</p>	<p>Participaron 13 instituciones desde Julio del 2003 hasta junio de 2004. Se seleccionaron tres sitios mediante un muestreo aleatorio para seleccionar al 10% de los casos.</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>569 pacientes fueron ingresados por 26 cirujanos en 13 instituciones de estudio. Se registraron 219 complicaciones en 168 pacientes, incluyendo 6 muertes (1.1%). La entrada de 45% al 100% por el sitio y el 25,5% al 100% por el cirujano. Hubo una discrepancia entre el cirujano y el gráfico de revisión de entrada en el 96% de los casos y las complicaciones intraoperarias y los principales detalles quirúrgicos reportados por el cirujano a menudo se ausentan de la tabla. Como conclusión establecen que la participación en la creación de la base de datos multi institucional es variable, lo que indica que la entrada de datos fiables por parte del cirujano no puede sustituir a otros medios de recopilación de datos. El cirujano puede ser capaz de proporcionar datos claves, no disponibles de otra forma, que pueden ser fundamentales para comprender y</p>
---	-----------------------------------	--	---------------	-------------------	--	-------------------	-------------------	--

<p>The primacy of institutions reconsidered: Direct income effects of malaria prevalence</p>	<p>Factores geográficos y desarrollo</p>	<p>Determinar qué factores intervienen en el desarrollo económico, haciendo especial hincapié a los factores geográficos.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Después de controlar la calidad institucional, la prevalencia del paludismo causa importantes efectos negativos sobre la renta. La solidez de este hallazgo se verifica mediante el empleo de alternativas de variables instrumentales, las pruebas de restricción, y las pruebas de la validez de las estimaciones puntuales y los errores estándar en presencia de instrumentos débiles. Los resultados parecen ser robustos a la utilización de especificaciones alternativas, instrumentaciones, y muestras. Las estimaciones sugieren que las buenas instituciones pueden ser necesarias pero no suficientes para generar un persistente proceso de desarrollo económico próspero.</p>
--	--	---	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--

The quality of institutions: A genetic programming approach	Determinantes de la calidad Institucional	Este artículo analiza los factores determinantes de la calidad de las instituciones.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	Mediante un modelo no paramétrico y no lineal. En concreto se emplea un programa genético para estudiar la relación funcional entre la calidad de las instituciones y un conjunto de factores históricos, geográficos, religiosos y sociales. Además, se comparan estos resultados con aquellos que utilizan un modelo paramétrico.	A raíz de los resultados empíricos se puede concluir que la perspectiva de los parámetros adoptados en documentos anteriores acerca de la calidad institucional podrían ser exactos.
---	---	--	----------	------------	------------	------------	---	--

The quality of Latin American institutions.	Competencia institucional y globalización	Evaluar la calidad de las instituciones en América Latina en términos de estabilidad macroeconómica y el imperio de la ley.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	Para ello construyen un índice denominado "índice de calidad institucional" que recoge diversos índices de evaluación de características económicas y políticas.	Se llegó a la conclusión de que los países pequeños, como Chile y algunas islas del Caribe y Centroamérica, obtienen mejores calificaciones que los países más grandes de la región. Esto puede explicarse por el hecho de que su tamaño les obliga a ser economías abiertas respecto a los contratos y los derechos de propiedad ya que sus economías no se auto sostienen si permanece cerrada. Además, se muestra diferencias entre los países del Caribe que han heredado el sistema de "patrimonio" británico y otros países del Caribe que han heredado los sistemas legales de España o Portugal.
---	---	---	----------	------------	------------	------------	--	--

<p>The relation between trade and FDI in developing countries - A panel data approach.</p>	<p>Calidad institucional y desarrollo económico.</p>	<p>Examinar la relación entre la apertura comercial de los países en desarrollo y el stock pasivo de su Inversión Extranjera directa.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>La apertura comercial está positivamente correlacionada con la inversión extranjera directa, ésta correlación sigue siendo fuerte cuando incluimos variables adicionales tales como el PIB per cápita, la inflación, la calidad institucional, la volatilidad macroeconómica y las medidas de los controles de capital. Se demostró mediante análisis de regresiones que existe una correlación causal de la inversión extranjera directa a la apertura del comercio y no al revés. La liberalización del comercio aumenta la apertura del comercio, pero no tiene poder explicativo sobre la inversión extranjera directa. Por otra parte, el número de tratados bilaterales de inversión firmados por un país aumenta su stock de Inversión extranjera directa, y este stock tiene un importante poder explicativo sobre la apertura comercial.</p>
--	--	---	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--

<p>The resource curse revisited and revised: A tale of paradoxes and red herrings</p>	<p>Calidad institucional y desarrollo económico</p>	<p>Se evalúa empíricamente la base empírica para la llamada "maldición de los recursos".</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Se encuentra que, a pesar de la popularidad del tema en investigaciones en ciencias políticas y economía, esta aparente paradoja puede ser engañosa. La medida más utilizada de la "abundancia de recursos" puede ser interpretada como un indicador de dependencia de recursos endógenos a factores estructurales subyacentes. En las estimaciones que combinan múltiples variables de abundancia de recursos y de dependencia, encontramos que: la abundancia de recursos constitucionales e institucionales determinan la dependencia de recursos. Ésta dependencia no afecta al crecimiento, pero la abundancia de recursos sí que afecta en el crecimiento y la calidad institucional.</p>
---	---	--	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--

<p>The safety journal: Lessons learned with an error reporting tool to stimulate systems thinking</p>	<p>Calidad atención sanitaria</p>	<p>Diseño de un programa para la capacitación de trabajadores de salud en los principios de seguridad del paciente</p>	<p>Salud</p>	<p>No aparece</p>	<p>Participaron 30 residentes de tercer año en un periodo de dos años.</p>	<p>No aparece</p>	<p>Como parte de un plan de estudios, los residentes de tercer año realizaron un curso didáctico sobre los sistemas de enfoque de la seguridad del paciente. Para reforzar el material, se les anima a llevar un diario de seguridad en el que anoten los incidentes observados y propongan soluciones.</p>	<p>En el primer año se presentaron 42 entradas, de los cuales 55% de los artículos incluyeron un sistema adecuado basado en soluciones. En el segundo año, se presentaron 27 entradas y el 81% presentaron soluciones basadas en el sistema. La revista de seguridad junto con un curso didáctico, parece ser una forma efectiva de enseñanza para estimular los residentes a pensar desde una perspectiva de sistemas que funcionen en la práctica. Sin embargo, el reto sigue siendo el de incorporar estas herramientas en un entorno de fonación, ya que posibilitaría a los alumnos conocer la importancia de los informes de errores para mejorar la seguridad de los pacientes.</p>
---	-----------------------------------	--	--------------	-------------------	--	-------------------	---	--

<p>The Thai Anesthesia Incidents Study (THAI Study) of anesthetic outcomes: II anesthetic profiles and adverse events</p>	<p>Calidad asistencia sanitaria</p>	<p>Estudiar los efectos de la anestesia en pacientes intervenidos quirúrgicamente</p>	<p>Salud</p>	<p>Estudio descriptivo prospectivo</p>	<p>Se llevo a cabo en 20 hospitales de Tailandia.</p>	<p>Formulario de datos estructurados</p>	<p>Los datos fueron recogidos durante la evaluación pre anestésica, periodo intraoperatorio y extra operatorio de 24 horas. Todos los datos fueron introducidos en la unidad de gestión de datos.</p>	<p>Dos tercios de los casos no recibió ninguna premeditación (67%) y el midazolam fue la premeditación administrada más frecuentemente (20%). Los principales procesos que se controlaron fueron la presión arterial no invasiva (97%), oximetría de pulso (96%), electrocardiograma (80%), la producción de orina (33%), presión de las vías respiratorias (27%) y capnometria (19%), respectivamente. De entre las diferentes opciones de anestesia la anestesia general (62%), anestesia espinal (23%), la anestesia intravenosa total (6%), seguimiento de cuidados anestésicos (4%), bloqueo del plexo braquial (3%) y la anestesia epidural (1%) fueron las que finalmente se suministraron. Los principales acontecimientos adversos fueron: de saturación de oxígeno (31.9:10000), paro cardíaco (30.8:10000), la muerte dentro de las</p>
---	-------------------------------------	---	--------------	--	---	--	---	--

The use (and abuse) of governance indicators in economics: A review	Calidad institucional y desarrollo económico	Examinar los indicadores comúnmente utilizados para estudiar la relación entre el gobierno y el desempeño económico.	Economía	No aparece	No aparece	Examinan los indicadores que comúnmente se usan y abordan algunos problemas de estimación que pueden surgir cuando se usan estas medidas.	No aparece	
Trade and productivity	Calidad institucional y crecimiento económico.	Examina el papel de un elemento importante de la política comercial: los acuerdos de libre comercio.	Economía	No aparece	No aparece	Basándose en los trabajos sobre los determinantes de los acuerdos de libre comercio, proponen un instrumento que toma en cuenta las características exógenas geográficas.	No aparece	Las diferencias en la calidad institucional y en el comercio, son debido a las variaciones en la geografía y en la política comercial y tienen un importante efecto en la productividad ya que pueden explicar la enorme variación en el ingreso per cápita de los países.

Trade Facilitation and Manufactured Exports: Is Africa Different?	Calidad institucional y desarrollo económico.	Evaluar el impacto de la facilitación del comercio y otras mejoras relacionadas con el comercio institucional en la fabricación de productos de exportación, con especial interés al caso de África.	Economía	No aparece	Datos de 124 países desarrollados y en vías de desarrollo, durante el periodo 2003-2004.	No aparecen	No aparece	Los resultados muestran que las reformas de facilitación del comercio podrían contribuir a la mejora de los resultados de exportación en África, pero otras reformas como la calidad del marco regulador y la calidad de las infraestructuras de transporte y comunicaciones también son necesarias.
---	---	--	----------	------------	--	-------------	------------	--

Tribe or nation? Nation building and public goods in Kenya versus Tanzania	Calidad institucional y crecimiento económico	Describe los procesos de construcción de la nación en el caso de Kenia y Tanzania y como afectó a su desarrollo económico.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	En la década de 1960 los procesos de construcción de nación fueron similares tanto en el oeste de Kenia como en Tanzania occidental. Aunque cuarenta años más tarde estas regiones se han ido distanciando. En el Oeste de Kenia la diversidad étnica lleva a reducir la financiación de bienes públicos, pero no se asocia con los pobres resultados de la acción colectiva acaecidos en el oeste de Tanzania. Las tasas de crecimiento económico fueron mucho más positivas en Tanzania que en Kenia y por lo tanto favoreció las medidas de gobierno para aumentar la calidad institucional, la política nacional de una manera menos violenta.
--	---	--	----------	------------	------------	------------	------------	---

Un nuevo estatuto de autonomía para Andalucía.	Calidad institucional y democracia.	Examinar si el sentimiento andalucista ha arraigado en la conciencia del pueblo andaluz de la misma manera que ha culminado su autonomía desde la perspectiva política y jurídica.	Administración Pública	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	
Underestimating institutions?	Calidad Institucional y transición económica	Examina la importancia de la calidad institucional para el desempeño económico durante la transición.	Economía	No aparece	No aparece	Pruebas econométricas	No aparece	En cualquier economía las instituciones más importantes son el sistema jurídico, el estado, la estructura del sistema financiero y el sistema de relaciones internacionales. El proceso de transición económica fue principalmente un proceso de enormes cambios institucionales que no solamente fueron impulsadas por causas económicas sino también por sus consecuencias económicas.

<p>Universidad, sociedad y empresa: orientaciones de estrategias de extensión universitaria y comunicación institucional.</p>	<p>Calidad Universitaria</p>	<p>Identificar los factores contextuales que impulsan la calidad en las universidades.</p>	<p>Educación</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No se trata de negar calidad a las instituciones actualmente; se trata más bien de reconocer que las modificaciones que se han producido en el entorno son de tal condición que nos vemos obligados a afrontar nuestra actividad ordinaria con visión de futuro, conscientes de que hay que dar respuestas estratégicas a un doble nivel. Por una parte, es indispensable generar en los planes estrategias horizontales de innovación que mejoren la integración de los elementos, su conocimiento y su eficacia. Por otra parte, hay que propiciar estrategias sectoriales de innovación que expandirán la universidad a nuevas áreas de influencia. La intención en este trabajo es ayudar a la reflexión sobre los desafíos desde las constantes más sobresalientes de estos procesos y sobre sus manifestaciones más genuinas. La</p>
---	------------------------------	--	------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	---

Using publications counts to measure an institution's research productivity	Calidad Universitaria	Investigar la influencia que tienen el número de publicaciones de los profesores en la calificación que obtiene la universidad en cuanto a los criterios de calidad.	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	Los datos nos muestran cómo las instituciones se clasifican en función al número de publicaciones que tienen los profesores.
Variables organizacionales que influyen en la calidad de los servicios que brinda la Facultad de Derecho de una universidad privada del Perú.	Calidad Universitaria	Examinar la influencia de las variables organizacionales sobre la calidad de servicio en la Facultad de Derecho.	Educación	Encuesta	No aparece	Cuestionario		En la evaluación de calidad, se realizó una jerarquía de los servicios según la relevancia percibida y la frecuencia de uso por parte de los alumnos. Luego, se identificó el nivel de calidad de los servicios más relevantes y más frecuentemente usados.

<p>What can we learn about financial access from U.S. Immigrants? The role of country of origin institutions and immigrant beliefs.</p>	<p>Calidad institucional y Mercado</p>	<p>Examinar la relación entre calidad institucional y el uso formal de los mercados financieros.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Para ello observan si hay diferencias en el uso formal de los mercados financieros en los inmigrantes teniendo en cuenta las características institucionales de sus países de origen.</p>	<p>Teniendo en cuenta la riqueza, la educación y otros factores, el impacto de la calidad institucional en el país de origen afecta a la participación en el mercado financiero de todos los grupos de inmigrantes, excepto los que han vivido en los Estados Unidos durante más de 28 años. Estos resultados son robustos a medidas alternativas de eficacia institucional, con el control adicional de las características del país de origen, así como a diversos métodos para abordar los posibles sesgos causados por inmigrantes.</p>
---	--	--	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	--	---

<p>What Determines Financial Development? Culture, Institutions or Trade</p>	<p>Calidad institucional y crecimiento económico.</p>	<p>Este documento trata de determinar en qué medida las instituciones pueden explicar las grandes diferencias en el tamaño de los sistemas financieros de todo el mundo.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Para tener en cuenta la endogeneidad, se utiliza un enfoque de variables instrumentales mediante una sección transversal de países.</p>	<p>Nos encontramos con que la apertura comercial y las instituciones que limitan la elite política de expropiación de los financieros tienden a promover el desarrollo financiero. Por el contrario, sólo hay pruebas limitadas de que las creencias culturales y el costo de hacer cumplir los contratos financieros obstaculicen el desarrollo financiero.</p>
--	---	--	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	--	--

<p>What does the institutions climate index for OECD countries tell us about institutional change and economic policy reforms?</p>	<p>Calidad institucional y crecimiento económico</p>	<p>Analiza cómo se han desarrollado las perspectivas de crecimiento de los países de la OCDE entre 1994 y 2006</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Índice de clima institucional</p>	<p>No aparece</p>	<p>El índice permite clasificar los países según su crecimiento institucional. Los Estados Unidos, Australia, Canadá e Irlanda se encuentran en la parte superior de la escala. Turquía, Méjico, Italia y Grecia se encuentran en la parte interior para todo el periodo estudiado. Lo que indica que la persistencia de deficiencias institucionales en dichos países. Aunque estos resultados se pueden mejorar. Es el caso de Nueva Zelanda, Australia Finlandia y Dinamarca que han ido mejorando su calificación. En el caso de Nueva Zelanda tras liberalizar el comercio exterior ha abierto su sector financiero y ha fomentado la privatización de las empresas de propiedad estatal en la década de 1980 y continuó su proceso de reformas en la década de 1990 por la desregularización del mercado de trabajo haciendo cumplir la disciplina presupuestaria. Finlandia abrió su economía y se inicio</p>
--	--	--	-----------------	-------------------	-------------------	--------------------------------------	-------------------	--

<p>What drives international financial flows? Politics, institutions and other determinants</p>	<p>Calidad institucional y Banca.</p>	<p>Evaluar cómo afectan los datos de los flujos financieros de los bancos en las instituciones internacionales de crédito.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>En primer lugar, empleando un tiempo variable compuesto de índice de calidad institucional en un marco de efectos fijos, el documento muestra que las mejoras institucionales son seguidas por un aumento significativo en las finanzas internacionales. En segundo lugar, la sección transversal de modelos también muestra un fuerte efecto de los niveles iniciales de la calidad institucional sobre el futuro de los préstamos bancarios. En tercer lugar, la variable instrumental y las estimaciones muestran que el componente más determinante históricamente de desarrollo institucional es también una correlación significativa de los flujos bancarios internacionales. Los resultados sugieren que, por tanto, institucionales subdesarrollados puede explicar una parte significativa de la explicación de Lucas [Lucas, Robert E. 1990. "¿Por qué no los flujos de</p>
---	---------------------------------------	--	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	---

<p>What drives the optimal bankruptcy law design?</p>	<p>Calidad institucional y calidad judicial.</p>	<p>En el presente trabajo se discuten los factores que interactúan en el diseño óptimo de una ley de quiebras.</p>	<p>Economía</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>No aparece</p>	<p>Nos centramos en aquellas cuestiones que a menudo se pasan por alto en el debate político y en la investigación académica. Presentamos un concepto ex ante vs ex post eficienta. Para mostrar que al diseñar un régimen en quiebra no se puede limitar la atención a las empresas que realmente se encuentran en procesos de quiebra, sino que se debe considerar los efectos de la ley de quiebra en el comportamiento de todos los deudores y acreedores de la economía, sobre el precio resultante y la disponibilidad de crédito. El segundo concepto que tratamos es el de la calidad institucional enfocándola desde la calidad del poder judicial.</p>	<p>Nos encontramos que los partidarios de una función judicial de la quiebra suelen citar el poder judicial para explicar las decisiones comerciales. Teniendo en cuenta factores como la imprudencia y la corrupción, puede ser una forma más adecuada para dar solución tanto teóricamente como en la práctica.</p>
---	--	--	-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	--	---

What fundamentally drives growth? Revisiting the institutions and economic performance debate	Calidad Institucional y crecimiento económico	Identificar los determinantes del desarrollo económico las instituciones.	Economía	No parece	No aparece	No aparece	No aparece	No hay pruebas que conformen que los países que optan por la democracia crezcan más o menos que los que optan por otro sistema.
Why doesn't capital flow from rich to poor countries? An empirical investigation	Calidad institucional y crecimiento económico.	Examinar la función empírica de las diferentes explicaciones sobre la falta de corrientes de capital desde países ricos a pobres.	Economía	No aparece	No aparece	No aparece	No aparece	La baja calidad es la principal explicación de este fenómeno. Con la mejora de las instituciones en Perú se cuadruplicaron las inversiones extranjeras. Los resultados indican que la inversión extranjera podría ser un canal a través del cual las instituciones afectan al desarrollo económico a largo plazo.

Worldwide shadow education: Outside-school learning, institutional quality of schooling, and cross-national mathematics achievement	Calidad educativa	No aparece	Educación	No aparece	No aparece	No aparece	Examinamos este fenómeno desde una perspectiva macro de la escolarización teniendo en cuenta la prevalencia, las estrategias para el uso y sus particularidades dependiendo las características nacionales.	Encontramos que este fenómeno es frecuente en todo el mundo, pero existe una considerable variación entre los diferentes países. Entre los factores institucionales de la educación se destacan, el acceso limitado y el menor nivel de financiación, el uso de unidades de educación alternativas y las pruebas nacionales mediante incentivos por logros.
---	-------------------	------------	-----------	------------	------------	------------	---	---

ANEXO IV

CUESTIONARIO 'AMBIENTE GRUPAL DE TRABAJO' UTILIZADO PARA LA PARTE CUANTITATIVA

INTRODUCCIÓN

Con este cuestionario se pretende recoger información relevante acerca de los servicios de Urgencia, UCI y DECCU de este hospital.

La información que se te pide es de uso exclusivo para la tarea que estamos llevando a cabo sobre la calidad de los servicios, por lo que su contenido es totalmente privado. Queremos garantizar la confidencialidad de los mismos. En ningún momento posterior se identificará esta información con la persona que la emite.

A continuación, la información que se te pide se presenta en dos bloques.

El primero de ellos hace referencia a datos sociodemográficos.

En el segundo bloque se presenta una serie de preguntas para evaluar el clima de trabajo donde usted realiza sus tareas diarias.

Le rogamos que lea las preguntas y las responda de la forma más adecuada que se ajuste a su opinión sobre las mismas.

Le agradecemos de antemano, su tiempo y colaboración en esta tarea.

Muchas gracias.

Bloque Primero: Datos Sociodemográficos

Edad: (En Años) _____	Sexo: hombre <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/>
Profesión: <input type="checkbox"/> Médico@ <input type="checkbox"/> Enfermer@ <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermería <input type="checkbox"/> Celador <input type="checkbox"/> Otros _____	Servicio en el que desarrolla su trabajo: (En el caso de que realice su trabajo en varios servicios señale aquel en el que tiene mayor dedicación) <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> DCCU
Tiempo que lleva en el Servicio Años _____ Meses _____	Tipo de Relación Laboral con el Servicio <input type="checkbox"/> Contrato indefinido (plaza fija) <input type="checkbox"/> Contrato de interinidad <input type="checkbox"/> Contrato Eventual <input type="checkbox"/> Contrato por obras y servicio
Tiempo de Experiencia profesional (En este y otros centros) Años _____ Meses _____	

Bloque Segundo: Evaluación del Clima del Grupo de Trabajo.

Aquí tiene un ejemplo de cómo cumplimentar este cuestionario de Evaluación del Clima del Grupo de trabajo.

<p>Evaluación del Clima del Grupo de Trabajo</p> <p>EJEMPLOS DE MUESTRA</p> <p>Yo siento que en mi grupo de trabajo.....</p>	<p>Como son las cosas ahora en tu grupo de trabajo?</p> <p>Por favor, valore cada pregunta del 1 al 5, donde:</p> <p>1 = De ninguna manera 2 = Con un pequeño grado 3 = Con un grado moderado 4 = Con un gran grado 5 = Con un grado muy alto</p>
<p>1. Tenemos una actitud positiva</p>	<p>1 2 3 4 5</p>
<p>2. Disfrutamos de nuestro trabajo</p>	<p>1 2 3 4 5</p>

Evaluación del Clima del Grupo de Trabajo

Por favor, a continuación lea cada pregunta e indique su elección rodeando con un círculo el número apropiado en la columna de la derecha.

<p style="text-align: center;">Evaluación del Clima del Grupo de Trabajo</p> <p style="text-align: center;">PARTE A</p> <p>Yo siento que en mi grupo de trabajo....</p>	<p>Como son las cosas ahora en tu grupo de trabajo?</p> <p>Por favor, valore cada pregunta del 1 al 5, donde:</p> <p>1 = De ninguna manera</p> <p>2 = Con un pequeño grado</p> <p>3 = Con un grado moderado</p> <p>4 = Con un gran grado</p> <p>5 = Con un grado muy alto</p>
1. Se nos reconoce nuestras aportaciones personales	1 2 3 4 5
2. Tenemos un propósito común	1 2 3 4 5
3. Tenemos los recursos necesarios para hacer nuestro trabajo bien	1 2 3 4 5
4. Desarrollamos nuestras habilidades y conocimientos	1 2 3 4 5
5. Sentimos que nuestro trabajo es importante	1 2 3 4 5
6. Nos esforzamos por lograr buenos resultados	1 2 3 4 5
7. Prestamos atención a cómo de bien trabajamos juntos	1 2 3 4 5
8. Entendemos la importancia del trabajo de cada miembro del grupo	1 2 3 4 5
9. Seguimos un plan para dirigir nuestras actividades	1 2 3 4 5
10. Nos esforzamos por mejorar nuestras actuaciones	1 2 3 4 5
11. Somos conscientes de las habilidades de cada uno.	1 2 3 4 5
12. Tenemos claro qué se espera de nuestro trabajo	1 2 3 4 5
13. Nos esforzamos por entender las necesidades de nuestros usuarios	1 2 3 4 5
14. Participamos en las decisiones de nuestro grupo de trabajo	1 2 3 4 5

Evaluación del Clima del Grupo de Trabajo

PARTE A

Yo siento que en mi grupo de trabajo....

Como son las cosas ahora en tu grupo de trabajo?

Por favor, valore cada pregunta del 1 al 5, donde:

1 = De ninguna manera

2 = Con un pequeño grado

3 = Con un grado moderado

4 = Con un gran grado

5 = Con un grado muy alto

15. Nos sentimos orgullosos de nuestro trabajo	1	2	3	4	5
16. Nos sabemos adaptar a nuevas circunstancias	1	2	3	4	5

Después de completar esta parte de la evaluación, por favor, complete la Parte B que se encuentra en la página siguiente.

Evaluación del Clima del Grupo de Trabajo - Parte B

Esta parte es una evaluación de lo que sientes sobre si tu grupo de trabajo se conoce por la calidad de su trabajo y por su productividad.

¿Qué significa “se conoce por la calidad de su trabajo”? Esto significa que nuestro grupo de trabajo:

- Se conoce por encontrar las necesidades de sus usuarios.
- Recibe información positiva sobre el trabajo que hace por los usuarios o jefes.

¿Qué significa “se conoce por su productividad”? Esto significa que nuestro grupo de trabajo:

- Se propone de modo consistente nuestros objetivos de trabajo, tales como objetivos mensuales o anuales.
- Es reconocido por los otros como un grupo que consigue realizar el trabajo que se propone.

Por favor, a continuación lea cada pregunta y entonces decida como son las cosas en su grupo de trabajo. Haciéndolo igual que en la Parte A, es decir, indique su elección rodeando con un círculo el número apropiado en la columna de la derecha.

<p style="text-align: center;">Evaluación del Clima del Grupo de Trabajo</p> <p style="text-align: center;">PARTE B</p> <p>Yo siento que....</p>	<p>Como son las cosas ahora en tu grupo de trabajo?</p> <p>Por favor, valore cada pregunta del 1 al 5, donde:</p> <p>1 = De ninguna manera</p> <p>2 = Con un pequeño grado</p> <p>3 = Con un grado moderado</p> <p>4 = Con un gran grado</p> <p>5 = Con un grado muy alto</p>
17. Nuestro grupo de trabajo es conocido por la calidad de su trabajo	1 2 3 4 5
18. Nuestro grupo de trabajo es productivo	1 2 3 4 5

ANEXO V
TRANSCRIPCIÓN DE LAS ENTREVISTAS EN
PROFUNDIDAD REALIZADAS

ENTREVISTA 1: AL ENTREVISTADO SE LE DAN HACE UNA PEQUEÑA INTRODUCCIÓN DE LO QUE VA A CONSISTIR LA ENTREVISTA, EL MOTIVO DE LA ENTREVISTA Y SU FINALIDAD. CON EL OBJETO DE SER LO MENOS DIRECTIVO EN EL DESARROLLO DE LA MISMA.

Comparar es imposible es imposible, porque hay tantos hay tantos factores de exclusión, eso y siempre que me comparen, que nos comparan, porque a nosotros siempre nos comparan, podría ser algo ponderado, establecer unos valores ponderados, podría ser,..., ponderar algunos criterios y establecer unas ponderaciones,..., entonces ya podrías más o menos comparar pero no comparar unos con otros, sino porque más bien del tiempo de un mismo servicio pero uno y otro es imposible es mezclar churras y meninas, eso no hay por dónde cogerlo. (No nosotros lo el primer abordaje que vamos a hacer es cualitativo y el segundo cuantitativo).

(Lo primero que quiero que me cuentes es eso, el tiempo que llevas trabajando en el servicio y las funciones que haces) vale pues llevo trabajando en el servicio 4 años y ... algo más de 4 años algo más de 4 años, en el DCCU en el equipo móvil ¿eh?, como tal, es como empecé a trabajar, como me propusieron el puesto como quedo una vacante como el equipo móvil del DCCU y tenía varios compañeros dentro ya trabajando y demás, y más pues me convencieron, me convencieron y demás. Es un trabajo muy distinto yo soy médico de familia y lo mío es primaria y de más y el mundo es muy distinto y demás, totalmente, no tiene nada que ver con la asistencia hospitalaria ni. tiene unas peculiaridades muy específicas, de trabajo nada más que pues sanitariamente ni medica sino porque trabajas en la calle con muchísimos condicionantes externos, aparte de lo sanitario la asistencia tiene más problemática de social y demás que, ..., o de ambiente, manejar el ambiente, o tratar un accidente de tráfico como un domicilio con agresivo un barrio conflictivo, o estas ah en el hospital y tienes en urgencias a la familia conflictiva pero está el paciente y un familiar pero en la casa el territorio es el suyo, y tienes uno y veinte familiares y la gente se empecina y te ... eres mucho más, ..., ¿más susceptible no? Pero bueno me convencieron un poco los compañeros y demás y muy bien muy bien, la verdad que el equipo lo mejor que tengo es el equipo los compañeros, el ambiente excelente, todos nos conocíamos previamente, menos uno. Y ... pues fue el principal motivo por el que entre por sus referencias y porque estaban ellos y a nivel interno es lo mejor que tenemos porque la ... todos los equipos móviles trabajamos con un material muy limitado, nosotros vamos con ... si hay algún fármaco pues llevamos 3 ampollas y si se gastan 3 no hay ninguna otra entonces no buscas en el hospital ... no buscas nada, porque es lo que tienes, entonces tienes que llevar tres y si gastas una y tienes que poner otra pues al momento porque no hay otra es como la munición o lo haces así o no tienes nada con que disparar, entonces estas en la calle estas vendido y tienes que hacerlo y entonces eso, estas en un mundo muy, ... encima y a lo mejor muy concentrado porque si no a lo mejor al día siguiente a tu compañero lo hundes. (¿y de años concretos en el servicio?) el 1 de enero de 2000 empecé vaya comencé en año nuevo es exactamente el tiempo que llevo, (¿y las funciones?) las funciones son las asistencias extra hospitalarias, con el equipo móvil tenemos asistencias domiciliarias, todo lo que sea extra, fuera de los centros sanitarios tanto de

centros de salud como de hospital lo cubrimos nosotros, tanto vía pública, todos los domicilios, instituciones, comisaría de policía, residencia de ancianos, puerto, prisión ¿eh? ... colegios institutos, todo, domicilios particulares y vía pública incluida urbana como carretera, interurbana y todo porque vamos desde rescate a las playas con inmigrantes a senderistas que se han caído por un carril o una vereda lo cubrimos todo. Es la función que hacemos la asistencia urgente y los avisos planificados del centro de salud, por ejemplo los inyectables que coinciden en fines de semana de tarde o de noche pues el centro está cerrado y aunque eso este programado pues lo cubrimos nosotros a servicio domiciliario, ¿eh?, son las dos funciones principales asistenciales que tenemos, (¿y el equipo quien lo formáis?) en el equipo vamos un médico y un enfermero que pertenecen más al servicio del SAS y un conductor que hace las funciones de técnico en teoría que lo pone la empresa porque la empresa de ambulancias es concertada y es un conductor de la empresa, el equipo es el mismo, siempre trabajamos el mismo enfermero y el mismo medico el equipo es cerrado, y lo componemos en total el equipo 5 médicos y 5 enfermeros y estamos 24 horas. (¿Cómo se organiza sois 5 médicos y 5 enfermeros?) exactamente y hacemos guardias de 24 horas. (Silencio) (Y luego el tipo de... pacientes, ¿como son?) vale, en un principio el plan andaluz de urgencias en las asistencias hospitalarias establece dos diferencias la emergencia y la urgencia no? en teoría la emergencia es la situación... ¿eh?, la demanda que existe un riesgo vital en menos de una hora, que si no se atiende en menos de una hora tiene peligro de muerte y la urgencia en lo demás no permite una demora pero que no implica de inmediato la muerte. entonces tal y como está establecido ahora mismo la emergencia va al 061 con los que trabajamos en paralelo y a lo demás vamos nosotros a la urgencia vamos nosotros pero que pasa, esto lo filtra un centro coordinador que está en puerto real provincial en cada provincia hay un centro coordinador que es el que recibe todas las llamadas y todas las demandas allí hay un equipo de tele operadores y un médico que filtra las llamadas en función de la información que aporta más o poca o de la calidad que tenga tu sabes que hay gente que exagera síntomas gente que menos y gente que no te cuenta nada que dice que venga un médico que su padre esta malo y punto. Y.... el que filtra establece si es una emergencia o una urgencia manda un medio u otro lo que pasa que nosotros vamos a patologías que a lo mejor a priori son urgentes, pero cuando llegas al sitio pues es una emergencia o en todos los casos en el que el equipo 061 este ocupado o no este operativo por el motivo que sea cubrimos nosotros en verdad emergencias. entonces la emergencia más o menos está clara, cuando la hacemos es porque se ha filtrado mal, o porque el equipo está ocupado inoperativo o lo que sea allí en Algeciras nos pasa bastante porque el 061 cubre una gran zona cubre tarifa hasta los barrios con toda la carretera y todo lo demás ¿eh? y hay un equipo y Algeciras tiene 120000 habitantes nada más los barrios no sé cuánto tienen tarifa otros cuantos... los números se disparan y aquí hay mucha población flotante por el puerto tanto trabajadores que no están censados de toda la industria periférica y las lo que es la parte posindustrial tanto en el tema del puerto ¿eh? son barbaridades en procesos de suministros tanto por la acción que están pasando camioneros , inmigrantes magrebíes, son millones el primer puerto de Europa en pasajero el segundo en contenedores y entonces pues hay mucha demanda y muchísimas veces está ocupado entonces la asistencia de la emergencia vamos que solo tenga

una habitualmente son una hora y media o dos horas las que puede tardar y si hay tráfico mucho más pero esta es la historia, entonces nos encontramos muchas emergencias por ese motivo. Y luego las urgencias pues todas porque la urgencia el criterio queda en manos del paciente en el sentido que si el paciente considera que es urgencia... cubrimos todo, a todo. cubrimos fundamentalmente las domiciliarias a no ser que el paciente no se pueda desplazar porque, porque le da una lumbalgia y tú no vas a ir, pero veo que hay muchos pacientes que no son desplazables lo fundamental veo muchos ancianos ¿eh? pacientes encamados incapacidades muchísimos, pacientes oncológicos con cuidados paliativos de todo tipo muchísimos, son pacientes que aunque en teoría son trasladables no están atados a una cama pero intentas no desplazarlos por la situación clínica que tenga, y paciente eso encamados por ACV previos, por demencias por ese tipo muchísimos y luego patología aguda incapacitante es lo que fundamentalmente vemos

Y luego depende de cómo te lo cuente la gente es muy difícil establecer porque muchas veces se va a tonterías, porque muchas veces el paciente da las directrices, las directrices del... que nos marca muchas veces si el paciente insiste en que vaya un médico se manda ósea que exactamente... si el paciente se empeña en que vaya a verle un dolor de oídos pues tienes que ir el coordinador te está mandado y luego por ejemplo si va cualquier medio de seguridad policía portuaria bomberos cualquiera te requiere directamente nos manda sea el motivo que sea por protocolo si nos requiere otra fuerza de seguridad o lo que sea nos vamos directamente también (¿y protocolos tenéis algún tipo de protocolos?, de vuestra actividad tanto a nivel técnico...) vamos a ver asistencial están los protocolos internos generales del SAS que es el plan eludió de urgencias y emergencias, protocolos de asistenciales marcados últimamente se están tratando los procesos asistenciales también te lo marcan por patologías pero están pocos establecidos, dolor torácico ... (están establecidos) están establecidos a nivel institucional pero a nivel real el conocimiento que tenemos cada uno de ellos a nivel individual de tu preparación de tu estudios de tu formación a nivel individual particular tu estudios individual y el (power) igual y luego lo que es a través de la formación continuada de los cursos que hagamos y demás y conozcamos (¿cómo va la formación continuada?) la formación continuada es la que nos facilita el distrito el distrito sanitario (¿pero es accesible?) (suena el teléfono) anualmente dentro del plan andaluz de urgencias existe un plan de formación y establece un calendario que lo realiza actualmente (se levanta) es el centro de formación de la junta de Andalucía, de formación interna de los trabajadores oferta una serie de cursos con un calendario, con el contenido y la fecha de realización y el sitio, lo oferta y tú a través de tu distrito realizas la inscripción y te lo conceden o no te lo conceden. (¿y normalmente es accesible?) si solicitarlo en un principio si lo que pasa es que ninguno es esta zona, porque casi todos son fuera, en Cádiz o granada o el último yo lo hice en Córdoba y demás y las fechas igual y luego en otro problema de accesibilidad es el de las sustituciones que lo tienes que hacer normalmente en tus días libres ... y tampoco no te cubren ni dietas ni desplazamientos nada más que te pagan la inscripción del curso, el curso es lo gratuito, entonces tanto a nivel de horas si son trabajando tienes que cambiar la guardia es muy difícil que te la cambien, muy difícil que te sustituyan, el año pasado nos hacían firmar cuando te inscribías a un curso que renunciabas a ser sustituido como requisito. Porque

ya hubo alguna vez que te aceptan a un curso el distrito paga el curso y luego tú dices que tú no te vas a Córdoba que, si encima te vas 24 horas tres días y tienes que hacer la guardia el día antes para cambiarla irte tres días y volverá hacer otra guardia, entonces como tienen pagado el curso y decías tu que no ibas perdías el dinero entonces ya a partir de entonces te hacían firmar un papel rechazando todo eso, entonces eso si esa accesibilidad no la tiene. Cuando pueden o no sé, depende de las circunstancias pues lo cubren, pero sino no lo cubren y lo que es dietas y desplazamientos no se cubre. Entonces esa accesibilidad si la tiene limitada. Porque aquí un curso un par de ellos si se suelen traer al campo de Gibraltar al año, pero el resto son fuera. y luego por ejemplo el último que yo hice pues tienes que era al día siguiente de una guardia mía, estar 24 horas, hasta las 9 le tiene que pedir a un compañero que entre dos horas antes y te toca irte a las 7 de la mañana irte 150 kilómetros hasta Cádiz estar allí toda la mañana sentado y al día siguiente también no solamente es no ir a trabajar un día sino que el aprovechamiento del curso lo limitan muchísimo estas pagando un curso, 24 horas sin dormir estas ahí que estas zumbado y esto es una pena porque esto vale un dinero, vale menos el día de mi sustitución que el curso pagas el curso pero no me sustituyes estas pagando un curso que yo ni me entero, el aprovechamiento es mucho menor, la formación continuada funciona así, luego a nivel interno si se ha organizado algún curso, un curso al año se suele organizar, el de este año se organiza la semana que viene, es de unos compañeros de Cádiz que vienen a impartir un curso de urgencias en un par de días un día y medio. Yo ya lo hice en su momento y aunque luego me lo han ofrecido digo yo no lo hago más, porque más o menos el nivel lo tengo y no voy a hacer el curso otra vez si es lo mismo. (Silencio) (tenéis algún coordinador de servicio) actualmente nuestro coordinador es nuestro jefe, porque nuestro coordinador dimitió, era Teresa Montes y lo que pasa es que...dimitió lo que pasa es que.... Con su.... aparte de su buena voluntad y tiempo, a parte el no pertenece al servicio era la directora del centro de salud de la línea y a la vez coordinadora del nuestro... pues.... Te tirabas 5 o 6 meses sin verla, y coordinador, o sea a nivel interno no tenemos nada, nosotros tenemos una diferencia con los centros de salud y con los demás servicios y es que no tenemos.... ningún director médico, como un centro de salud porque.... no tenemos enfermería, no tenemos auxiliares no tenemos personal administrativo, no tenemos celadores, lo hacemos todo nosotros, nosotros estamos él médico y el enfermero y punto... se va uno y viene otro y ya está, y nosotros ahora si hay un auxiliar del centro de salud que nos ayude a reponer, pero el resto si cuando falta bombonas de oxígeno soy yo el que tiene que llamar a la empresa y pedirla yo, y cuando falta material del almacén.... (Interrumpen la sala) (¿Enconches normalmente que sois 5 médicos y 5 enfermeros no?) Sí, pero no coincidimos en el tiempo y en espacio nunca (nunca) nunca o sea salvo los cambios de horario nunca, tu entras a las 9 y el otro se va. (Entonces la relación con el resto de...) yo hay compañero que dudo que exista porque yo veo al del día anterior y al de posterior, pero a los otros no los veo en mi vida. Yo... algún compañero de saliente, yo veo al anterior y al posterior a los otros dos no los veo nunca. con uno porque tengo una relación de amistad enorme y estamos todo el día juntos, pero a los otros yo les digo de broma... yo creo que tú eres una invención pública porque no te he visto nunca, no te veo nunca, y a los demás compañeros tampoco y luego el horario no se solapa o sea yo entro a las 9 y mi compañero entra a las 9 y yo

me voy a las 9 no hay ninguna hora de solape tampoco-... entonces los que nos hablamos es porque nos conocemos y yo a lo mejor me quedo una hora más y desayuno con ellos, nos damos el relevo y nos contamos las cosas y con el siguiente igual ... pero no , no coincidimos en el espacio y en el tiempo como yo digo, ninguno.... y con la línea pasa lo mismo yo compañeros de la línea que después de 4 años y pico vi por primera vez en un curso a uno de los compañeros del DCCU, que me creía que no existía, Raúl, lo vi allí, no tenemos contacto ninguno ni allí ni aquí tampoco, y con los de la línea imposible hay compañeros que no he visto en mi vida y a otros que ves una vez al año en alguna reunión del distrito quizás... ya está. Y los compañeros los demás que quedemos que hablemos que quedemos nosotros que coincidamos a lo mejor en un curso o que nuestro jefe nos convoque en alguna reunión... o.... (el nuevo jefe es quien os coordina) ahora mismo nos coordina el nuevo jefe desde diciembre. (Y habéis notado algún cambio desde antes ahora) si muchísimo, es que antes no... Cuando se fue esta mujer nos comentábamos, es que teresa montes se ha ido y nosotros decíamos ¿De dónde? porque yo no es que se lo recrimine personalmente la verdad que llevaba todas las otras funciones asistenciales el DCCU de la línea y todas las urgencias del campo de Gibraltar, entonces yo pues.... la última vez que la vi por ejemplo fue en mayo y no la volví a ver hasta diciembre, solo verla, a lo mejor hablar directamente, pero bueno alguno s problemas que teníamos como una asistencia cursos o cosas así pues por lo demás , ahora es muy bien, muy bien con el nuevo jefe pues prácticamente todas las semanas nos vemos sí que es verdad que son en mis días libres en los que voy a verlo, como hoy, en mis días libres como si fuera un domingo para cualquier trabajador y yo en mi día libre pues me vengo aquí toda la mañana o me voy a ver al hospital o ... es como lo hacemos en algún día de trabajo mío se está por allí pero como mucho de mi trabajo es asistencial fuera, si igual viene alguien a verme me tiro tres horas fuera y estoy o no estoy o empezamos a hablar y dentro de un minuto me suena el móvil y me voy ... entonces no, el contacto así telefónicamente pues la verdad que hablamos todo lo que podemos yo lo vi por ejemplo esta semana y por ejemplo lo vi el lunes lo llame el martes, el me llamo ayer y hoy quede con el hoy viernes entonces a nivel particular mío muy bien , muy bien porque primero que es alguien que conoce el sistema de urgencia que conoce la atención hospitalaria y clínica y demás pues puedes hablar muy bien con él , los otros cargos eran puramente administrativos o sea que no podías hablar... o sea que quería compararte a lo mejor con un sector que no tenía sentido....como que la administración pues nos quiere medir la calidad a nosotros por número de pacientes /hora,.. y ahora yo soy un servicio de urgencias no a demanda, si te ponen 5 , 4 o 5 pacientes hora que es lo que ponían, sino vienen yo que salgo a la calle y atropelló a alguien y lo atiende o que hago sino ... no genero mi demanda, si en urgencias no se pueden medir así porque hay días que tenemos más y días que tenemos menos pero es imposible y luego ... el lucrarte por asistencia es como pagarle a un bombero por incendios, es para situaciones patológicas urgentes si las hay o no las hay y sino que tienes que crearlas o que, aparte yo no puedo atender 4 o 5 pacientes hora, nada más que con la activación, desplazarte al domicilio subir a un cuarto o donde sea, asistirlo trabajar lo que sea, yo corriendo en Algeciras de una punta a otra que son 11 o 12 kilómetros más los barrios que cubrimos ahora también entonces cubres una o dos en una hora pero mas no se puede,

entonces... aparte si la asistencia, la calidad seria lo contrario no todos lo que pueda yo ver en una hora sino el tiempo que le puedo dedicar a un paciente, tendrá más calidad si le puedo dedicar más tiempo a un paciente, si lo veo en menos tiempo es todo lo contrario, pero bueno. Esos aspectos pues uno no los entiende, son imposibles. Porque esos temas no se pueden abordar así, entonces con El nuevo jefe tenemos alguien que no.... que lo entiende perfecto ese aspecto, te escucha y te comprende, lo otro es un poco absurdo. Es absurdo. Lo que pasa hombre es que tenemos que tener un poco a nivel hospitalario nosotros si tenemos que tener lo que se dice cero, producción interna cero, ¿eh? porque nosotros la buena disposición, buena o mala de nosotros si yo falta tal medicación yo tengo que decirle a la auxiliar pídemelo, o antes hacíamos nosotros todo absolutamente, cargar la batería del equipo, revisarlo entero. Todo lo déficit los que son de material y lodo o demás somos nosotros, la guardia, tenemos algo que hacer y nos ponemos los deberes, es decir yo me voy o mi compañero me llama y me dice es que yo he dejado pedido tal y tal

Pásate a recogerlo o falta tal pídelo tú, y nos ponemos las tareas y viceversa y lo hacemos telefónicamente porque yo a este hombre no lo veo a uno de los compañeros me llama y me da el relevo telefónicamente, (por lo menos hay un contacto aunque sea telefónico) no si, muchísimo pero entre nosotros otra dirección así no tenemos y.... (Silencio) (¿Y ahora mismo lo que cambiarías o intentarías mejorar dentro del servicio que sería?) mejoraría un poco lo que es la integración de los compañeros, lo que te he comentado antes que nosotros no tenemos ningún tipo de contacto. por ejemplo el centro de salud, son dos equipos uno de mañana y otro de la tarde vale, vale pero el de mañana entra a las 8 y sale a las 3 y el de la tarde entra a las 2 y sale a las 9 tienen una hora de solape para reuniones internas para formación continuada, para lo que sea, para pasarse el relevo para todo, algo de solape, por lo menos se ven y tienen una hora que no es asistencial eso sería muy importante una forma de reunión periódica o lo que sea, las que nos hacían antes eran reuniones periódicas si pero en mis días libres entonces los compañeros si, van una vez van dos veces si puedes o no puedes pero sino no como si te hacen de trabajar de lunes a viernes y te dicen no las reuniones de empresas son los domingos entonces bueno y tu... .. entonces... se nos pide en ese aspecto buena disposición cuando no se dan cuenta que nuestro trabajo es a turnos a lo mejor tengo un martes libre, pero he trabajado un domingo o he estado toda la noche 24 horas tienes tu descanso, pero a expensas de algo no regalado. entonces nuestra disposición, la disposición de nuestro tiempo libre como es el único por la mañana parece como que tengo que hacerlo será como un día laborable para ti, pero para mí porque no lo hacemos un domingo por la mañana, te parece bien que yo esté trabajando un domingo en fin... entonces eso que siempre ha sido a pesar nuestro ... pero nuestro horario lo que pasa es también 100% asistencial si yo entro a las 9 y el móvil es mío y la persona es mía y hasta que no me voy a las 9 el trabajo es mío no lo cubre nadie, yo lo hago todo, en un centro de salud tu entras a las 8 pero tu consulta empieza a las 8 y media y acaba a las 12 y media y luego si tienes una determinada urgencia pues tienes tu consulta para prepararte algo para estudiar, hemeroteca o alguna cosa así con los compañeros, lo mío no, lo mío es 100% de la jornada asistencial, entonces aunque yo entro dentro de las funciones del (SAS) (no entiendo lo que dice) mis funciones las destinen como una función asistencial,

preventiva, de educación para la salud, de investigación, yo mi 100% de mi jornada es asistencial estas casi siempre viendo paciente, entonces yo eso no lo puedo ni investigación ni nada, ni docente como dicen, y a lo mejor voy a un curso y si me llaman me voy, imposible, mi jornada 100% asistencial y... no solapa con nada con los compañeros entonces eso sí que eso a lo mejor lo veo importante porque esto aquí funciona por nosotros, en otros sitios sí que me consta que es un desastre porque no tienen contacto ninguno y esto es un ciclo como tu compañero haga hago mal pues esto es como un compañero de piso lo haces dos días al tercer día no lo haces y es que al día siguiente te lo encuentras peor y ya es una dejadez que es una guerra y sigue habiendo sitios donde los compañeros van con la medicación en los bolsillos y no reponen más, van a su bola y van cargados. de la munición porque no la dejan porque al día siguiente no están, porque si tú ves cada enfermero tiene un bolso propio no un bolso que se repone, entonces como no funcione o funcione muy bien cuando haya uno o dos que rompan la cadena esto es un desastre. Pero bueno nosotros muy bien, muy bien, puntualmente a lo mejor si tienes una asistencia a las 5 de la mañana o así y no te da tiempo a reponer una medicación o un tubo o cualquier cosa Pero es algo muy excepcional m distinto es cuando viene personal sustituto, es un servicio muy distinto que un centro de salud es otro mundo porque aquí es que el bolso te lo tienes que saber de memoria. porque no tiene una disposición lógica porque el material está aquí y si no lo sabes no lo sabes y en la ambulancia igual todo el mundo sabe que el material está allí, tienes que tener un conocimiento del medio de trabajo muy especial., estas en el domicilio o en alguna situación emergente tú tienes que saber dónde está el glucómetro o como se enciende ese monitor o como se maneja el (teje vibrador?? otro aparato) y yo necesito que mis enfermeros lo sepan porque yo puede ser que mi primera asistencia puede que sea una emergencia y tener que des fibrilar a alguien y si el enfermero no sabe hacerlo ni poner los parches y... en ese aspecto también es importante, la cualificación del personal es muy distinta al resto. De conocimiento y de... (Silencio) (¿Vuestro equipo que lo formáis tú y un enfermero?) Sí (y como es esa relación) muy buena muy buena yo con mi enfermera en particular llevo desde el primer día que empecé entonces y los demás igual... y ya incluso cuando hacemos algún cambio de turno o lo que sea excelente, excelente.... yo siempre lo he dicho lo mejor que tengo son mis compañeros, lo mejor y siempre lo digo y digo y el peor soy yo, de todos mis compañeros el peor soy yo. Si no sería imposible que funcionara esto, funcionaria mal porque depende de la buena disposición de cada uno y de hacer bien el trabajo, entonces eso es lo mejor y lo único hombre que si tuviéramos un poco más de contacto algún tipo de recepción pues muy bien. O alguien por lo menos que a nivel interno por lo menos rotara o, aunque fuera una persona, pero por lo menos que fuera pasando por los distintos turnos comentando que te hace falta como estas no lo tenemos. eso no lo tenemos y el tema de la formación pues si es otra cosilla que bueno.... que siempre ha estado a expensas de nuestros días libres de turnos y de tu dinero, excepto la matricula del curso que bueno... si a lo mejor me voy un miércoles porque es laborable pero lo tienes libre y si me coincide un día de trabaja encima luego tengo que cambiarlo por otro y entonces... bueno si ahora mismo yo a mí me toca ir a un curso un día libre yo voy al curso un día libre pero yo quiero que la administración cuando me toca trabajando que lo vean ellos, yo no pido otra cosa, no pido que si yo tengo un

día libre yo no quiero que me paguen ese día yo voy y lo pongo.... pero al revés también lo quiero y la dieta hombre sino no, pero ... el último curso que hice lo hice en Cádiz y yo tengo que pagar gasolina., la comida, el alojamiento te lo pagas todo el anterior fue en Córdoba, dos o tres días O sea que al final es un dinero. Que hacer un curso de esto te vas tres días a Córdoba y entre una cosa hay otro peaje, gasolina, dieta y alojamiento se te va un dinero... y se te.... muchas veces dices el saber no ocupa lugar, pero si cuesta dinero ¿No? pues entonces es algo que también así mejoraría y la verdad que lo otro la coordinación con El nuevo jefe ha mejorado muchísimo y claro lleva la coordinación las urgencias de los hospitales y de los dos servicios de intensivos, Entonces también es... como nosotros a expensas de un sacrificio personal total

Y ya muchísimas veces se pasa por las tardes de su tiempo libre o me llama desde su móvil personal y punto, y entonces pues yo tampoco le exijo más lo que si le digo El nuevo jefe por lo menos una vez a la semana porque yo eso si con mis compañeros tengo mucha relación y así todos me... tiran mucho de mí.... Y cuando tenemos problemas y eso hago un poco de interlocutor con él, sino sería imposible. Entonces tendría que multiplicar. Entonces es así por lo menos hablamos que menos una vez a la semana para decirnos como estas y saludarnos si no hay nada pues no hay nada, pero.... Es que sino. Es que nosotros trabajamos bien o mal, pero trabajamos sin jefe desde abril llevamos 6 meses sin ver a un coordinador o un superior y lo demás.... trabajaremos mal, pero yo creo que demasiado... porque trabajamos sin jefe y debería estar más desmantelado, entonces algo sí que creo que no se nos valora. No se nos valora nuestro trabajo muchas veces a lo mejor siendo de urgencias y dependiendo de un teleoperador a lo mejor sino te llaman pues no tienes asistencia y te tiras 4 o 5 horas sin ver a nadie entonces en parte es un reproche por parte de los superiores y demás porque nosotros trabajamos poco, pero bueno, ¿yo que hago? aparte tienes un trabajo mucho trabajo a la espalda. Tienes que reponer de mantener materiales, revisar la ambulancia o de estudiar que no se ve, te exigen hacer un trabajo que es como fabricar coches cuando no hay pedidos que haces montas y desmontas tuercas? No tiene mucho sentido, entonces son las dos cosas que yo más mejoraría y El nuevo jefe ha puesto muchos cambios en ese aspecto. A nivel de la administración la observación de esto es cero no existe porque trabajamos solos nadie ve nuestro trabajo. Muchas veces cuando nos hacen la entrevista de para un rendimiento profesional porque hay un complemento de rendimiento profesional, te valoran te hacen una entrevista y te valoran un trabajo alguien que no te ha visto trabajar en su vida. Y no sabes lo que haces ni lo que haces mal ni bien. Si te dicen como es tu trato con los pacientes como lo puntuarías de 0 a 10 y no sé qué criterios hay para yo... y digo no se un 8 y dice pues te voy a poner un 6, eso es una objetividad absoluta y son cosas que no hombre... trabajamos solos absolutamente y no hay ninguna medición de nada ni nada, pero bueno. Lo bien o mal que hablen de nosotros que es lo único que hay y afortunadamente hablan muy bien, entre los compañeros de emergencias, el centro coordinador. Ya los demás compañeros, pero es muy aislado es un trabajo muy aislado, tú vas a tu trabajo te comes la guardia, vas a tu casa. Y si no te llevas bien con tu compañero ni comentas los casos ni los errores, ni los casos de uno que mejorar ni nada porque tú haces tú guardia tus pacientes te

los comes solo no trabajas con nadie no tienes a nadie con quien consultar y cuando acabe la guardia te vas (pero a ver, ¿tu horario normal cómo es?) de 9 de la mañana a 9 de la mañana del día siguiente 24 horas así es el horario de todos. Trabajas solo, es como si trabajases solo, al día siguiente viene otro y se ha ido otro anterior al día tuyo con lo cual así el ambiente de trabajo así es 0. Con tu enfermero que es el 100% que vives... vamos al final es una relación absoluta comes duermes pasas los malos momentos, los buenos y todo lo pasas con él, te relacionas de una forma muy intensa y tienes que tener ... y hay también la relación tiene que ser muy buena ahí la convivencia es tremenda no solo porque trabajas sino que luego mucha parte del tiempo libre también la pasas con esa persona entonces tiene que haber muy buena predisposición de las dos personas para crearlo y aunque no surja una situación de amistad pero por lo menos ... la predisposición tiene que ser buena, porque yo tengo un móvil y ella tiene que ir conmigo, me llaman a mí y ella tiene que estar siempre conmigo estamos encadenados es muy intenso y si estamos viendo la tele y yo quiero ver un programa tiene que querer ella o viceversa y si queremos leer o alguien quiere pegar una cabezada pues todo... a qué hora vamos a ir a comer tu sabes... vivir con ella 24 horas vives con esa persona y luego a parte trabajando pues tenemos que trabajar bien y tener confianza en nosotros y hacer las cosas bien porque el otro depende de ti si yo hago mal una asistencia o tengo cualquier problema con la familia las tortas son para los dos. O problemas legales o hacer mal tu trabajo, aunque haya sido el otro el que no lo haya hecho y tú te quedas igual de mal y si tú vas con un enfermero que no sabe porque no está bien formado y no sabe coger una vía y yo tengo un paciente grave la mala asistencia es mía también yo soy muy responsable de eso y también yo entiendo que en nuestro trabajo tenemos mucha responsabilidad.

tu eres el jefe para lo bueno y para lo malo, entonces todas las decisiones son tuyas ya sean de tipo médicas o sociales si hay una situación peligrosa para el equipo pues tienes que decir nos vamos o si nos quedamos con policía aunque tu sepas que es en una emergencia en la que estas si tú ves que puede haber un peligro serio tú no puedes,... tu eres el responsable de tus compañeros (¿y pasa normalmente?) hombre muchísimo, nosotros lo que vemos es lo pero como yo digo, desde intoxicaciones por coca en el peor barrio el peor antro de Algeciras como vamos a un puticlub porque se ha desmayado uno el que sea, o un paciente psiquiátrico agresivo en su cuarto rompiendo muebles, o una pelea en un bar o... un borracho liándola en la calle o... lo peor para cosas buenas no nos llaman entonces cosas así. Pues ya te digo nosotros a lo mejor estamos a las 5 de la mañana en la peor calle de Algeciras donde está toda la droga y la policía ni entra. entonces pues tienes que ver un poquito porque a lo mejor tú has tenido otra asistencia, han llamado y tu yo he llegado media hora tarde la gente no entiende que tu es que has estado en otra asistencia o que a mí no me han llamado hasta ese momento o sea que te encuentras a la gente que no veas.... entonces también influye porque un accidente de tráfico estas en otra cosa y tardas... o es en los barrios y tardas lo que tardas y trabajar en la calle tiene en ese aspecto ...no se casos hay muchísimos no? de atropellados como guardias civiles en la carretera estas expuesto muchísimo, la última guardia estaba yo a las 5 y media de la mañana en la autovía con un coche volcado un sábado y a esas horas todo el que va

tremendo y llegamos nosotros los primeros ni guardia civil ni bomberos
Y estas tu ahí parado en la carretera que eso... o el otro día que fuimos a una chabola de un chatarrero que vivía por ahí lleno de perros en una inmundicia absoluta y un vecino había llamado por teléfono porque lo había escuchado gritar quejarse de dolor, y vas ahí a ciegas sin saber lo que te encuentras y te tienes que meter allí con suciedad hasta los mismos, piojos. Barbaridades. pero situaciones así sobre todo con los pacientes agresivos muchos pacientes agresivos sí que vemos o luego rescates desde accidentes laborales o cuando se cayó aquí un techo de un encofrado de una obra bueno... o inmigrantes, o un coche despeñado o sea que tienes que hacer rescates, o en un barco que nos pasa mucho en barcos muchas veces bajar los pacientes en muchas ocasiones o meter la ambulancia incluso en un barco de pasajeros o... cosas así también tenemos emergencias así donde hay un riesgo físico no? y luego por agresiones y demás pues... te metes en unos líos que no veas. Por agresividad o porque se hayan intoxicado con coca en un domicilio con problemas grandes, nosotros hemos llamado a la policía, pero la policía tarda o no viene o por lo que sea y dices yo entro o no entro Y hay veces que hemos ido a un sitio conocido nos hemos puesto a dar vueltas con la ambulancia por detrás hasta que veamos un coche con las luces azules llegar porque como llegues allí quien dice les dice que tu no entras a ver al paciente te cogen y te sacan por la ventanilla del cuello y tienes que ir.... la experiencia hace mucho la verdad hace mucho y sobre todo el conocer los sitios y que hacer como seguir a la policía, que te avisen cuando están ellos ya y cosillas así sí. El otro día tuvimos un incendio... pues tienes que estar muy bien coordinado con los bomberos, saber trabajar la gente muchas veces esta mejor o peor preparada y hay veces que llegas al incendio no llegan los bomberos y algunos policías locales se meten porque quieren ayudar y socorrer al que sea sin estar aquello preparado y luego tienes que asistir a los que están dentro a los policías que se han metido.... y como todo (silencio) entonces tienes que conocer bien tu trabajo y confiar en tu compañero y él en ti, conocer muy bien tu trabajo y que trabajen bien sino... off aquí cuando te viene un sustituto ... lo pasas muy mal (y normalmente hay muchos sustitutos o está cerrado el equipo??) no el equipo es abierto nosotros estamos nosotros y las sustituciones son gente de fuera que se llaman por bolsa y viene un sustituto, el que le toque el que te manden (pero digo que si la plantilla es fija) si el equipo es fijo si nosotros somos 5 y por parejas y casi todos llevamos el mismo tiempo excepto una compañera que lleva menos tiempo porque la otra chica se fue cambió de puesto de trabajo nosotros llevamos ya 5 años cuatro años y pico todos este sería nuestro quinto año todos y los enfermeros son todos los mismos menos esta chica (o sea que tiene estabilidad) si total, no como haya muchos cambios y demás La chica esta nueva que ha llegado al principio, hasta que no te adaptas (Silencio) (lo propio, de la adaptación y más en un sitio que tiene responsabilidad se nota mi la inexperiencia vamos....) aparte que es eso que aunque hayas trabajado en urgencias o en UCI pero tu estas muy respaldado, no puedes coger una vía por lo que sea y llamas a otro compañero y te apoyan te ayudan hay un paciente grave y dos o tres enfermeros pero aquí es tu y el otro y para llevar el gotero te vuelves loco porque no hay manos 4 manos y para llevar la botella del enfermo con un carrito bajándolo el gotero, los cables del electro, monitor, el respirador... y la botella de oxígeno pues a ver como lo haces es eso porque a lo mejor por

muy bien que tengas al paciente pero luego como lo bajas o no tiene ascensor, que haces? y por el ascensor no cabes entonces esas cosillas ... a veces tienes que llamar al bombero para que lo saque por la ventana o que te ayuden a sacarlo o sea que en ese aspecto si, estas solo y se nota y la gente lo pasa mal también hay gente nueva que a lo mejor al principio intentas ayudarlos pero hay veces que dices mira esta persona no está para trabajar yo no sé cómo ha dicho de venir aquí , es que no está preparada hay gente que lo notas hay gente que se queda bloqueado tú no estás para trabajar aquí , no estás para trabajar, necesitas experiencia en ese aspecto allí llegas y el primer día tienes que saberlo todo porque en la UCI llegas y preguntas oye cómo se enciende el monitor no allí no hay nadie allí o lo sabes tú o nada o se lo tengo que decir yo y si yo estoy atendiendo una situación grave yo no puedo estar explicándole como se hacen las cosas y si no sabe dónde está la ampolla de tal no lo sabe y si el tubo de (Benoquin 20) no sabes que están aquí y no lo sabes y los parches del fibrilizador o lo sabes o no, pero tú tienes que llegar a las 9 y desde las 9 lo tienes que saber todo y si es la primera vez que vienes... pues no te digo nada... nosotros vienes de las vacaciones y lo notas (fin de entrevista)

ENTREVISTA 2: AL ENTREVISTADO SE LE DAN HACE UNA PEQUEÑA INTRODUCCIÓN DE LO QUE VA A CONSISTIR LA ENTREVISTA, EL MOTIVO DE LA ENTREVISTA Y SU FINALIDAD. CON EL OBJETO DE SER LO MENOS DIRECTIVO EN EL DESARROLLO DE LA MISMA.

la primera pregunta más o menos sería esa, que me contases cuáles son tus tareas dentro del hospital) yo soy médico de urgencias y aquí se atiende tanto toda la atención urgente, que es tanto urgente como más emergente, y hay una serie de consultas externas y luego ya las camas de observación para gente que va a tener que quedarse más tiempo, va a necesitar más tiempo de evolución sus cuidados , va a necesitar o incluso ya ingresar tiene que pasar a planta, Sería atender la urgencia, todos los pacientes que solicitan ¿eh?, nuestra ayuda, una vez lo asistes en una parta, que son más vánales u otros que puedan ser de enfermedades más graves o de enfermedades más crónicas que son largas en el tiempo y que tienen distintas enfermedades juntas y hay que evaluar todo eso (y llevas mucho tiempo trabajando en este hospital) aquí en este hospital va a hacer ahora 4 años. (Silencio) (Y respecto a lo que he dicho antes, de si tienes personas... a tu cargo...) si claro, se trabaja con enfermeros con auxiliares de enfermería, con los celadores seguridad también , con todos ellos pues se trabaja en equipo, hay mucho personal además es un servicio grande pues hay muchas personas, (y el tipo de relación que se tiene con otros profesionales) pues la verdad es que hay grandes profesionales en urgencias yo no me canso nunca de decirlo, yo pienso que los recursos humanos son muy importantes y en este tipo de trabajo más que se viven situaciones a veces un poco limites, no? lo que llamamos la emergencia que son situaciones más críticas, entonces es importante por supuesto que cuentas con el apoyo de ese personal que va a estar atento y dispuesto a

responder a lo que tú le solicitas en ese momento, (como ves el funcionamiento del servicio,) es complejo, todos los servicios de urgencias son complejos, y ahora pues se dan circunstancias de que están viniendo personal de distinta formación de distinta cualificación y entonces pues es complicado todo eso para atender a los pacientes y aun no existe tampoco una especialidad reconocida de médico de urgencias, y... entonces esto es el organigrama general de toda España digamos eso es de toda España, pero luego aquí pues también el servicio a lo mejor sí que está necesitado de una serie de reformas y de organización (de organización) si (pero de los compañeros o en general??) en general, el trabajo habría que reunirse y... definir un poco las funciones de cada uno de ... aunque como te he dicho hay unos profesionales que son de mucha valía, pero en algunas partes pues necesita un, definir las funciones cada uno un poco mejor no? y quizás,... ¿eh?... estar más pendiente de las necesidades que pueda tener los trabajadores, siempre así no, uno quiere siempre hacia adelante y quiere que sea mejor, yo creo que la gente va a trabajar más contenta y mejor si ve que se le atienden determinadas cosas que se van necesitando el día a día, es un servicio vivo entonces está dinámico y necesita, hay una serie de necesidades que van cambiando y que en la medida de lo posible que pueda estar la administración sensible a ellas pues, ... y con los medios que se cuente claro, (y respecto a los compañeros, la comunicación ... ¿os reunís periódicamente?) probablemente ese sea uno de los problemas que habría que solucionar, convendría que fuéramos capaces de mejorar la organización, definir esas tareas, reunirse, ¿eh?, hacer ,, esa determinación o de las cosas que puedan ser más necesarias ... y.... la formación también (era otro tema que te iba a sacar ahora mismo) si es muy importante (el tema de formación como...) yo creo no. noooo la gente no tiene conocimiento exacto de si hay algo ya organizado al respecto, no creo que todo el personal ya, no el médico sino yo creo que no tiene conocimiento exacto de que pasa, o como sería claro se está estudiando la carrera profesional a nivel del estado a nivel de Andalucía pero yo creo que la gente no sabe, no tienen bien definidos (se va la luz interrupción,) están haciendo reformas.... (Nos quedamos por el tema de la formación, que comentabas que no... vamos que no se sabía que no se sabía un sistema de organización más eficiente...) sí que quizás periódicamente pues los mismos profesionales que estamos ahí pues podíamos hacernos cargo de nuestro personal no, eso de enfermeras auxiliares, celadores, vendría bien que tuvieran ese tipo de formación no? creo que es un estímulo para su propio trabajo) si, si aunque ellos estén regulados por sus bolsas y todo eso que salen los cursos que le hayan pedido, los requisitos mínimos que tengan para el puesto se supone que lo cumplen se supone que eso ya está definido y lo han cumplido, pero el trabajo,, bueno el trabajo para no caer en la rutina esa del día a día uno siempre necesita estímulos no, (¿formación continua no?) claro (y ahora mismo ¿es accesible?, o sea, ¿la ves accesible la formación continua en el sentido de que te es fácil acceder a ella?) actualmente la verdad yo creo que

no hay lo suficiente y,, bueno y el participar en actividades científicas pues yo como médico pues en los distintos reuniones que haya a nivel nacional o internacional que lo haya , en otro tipo de trabajo como el de todos, los congresos, son,, quizás no estamos todavía presentes, ¿eh?? como deberíamos de estar, porque aquí se está trabajando y se está trabajando al día a día y es bueno que nos pongamos en contacto unos profesionales con otros e intercambiamos nuestra experiencia se aprende siempre así, además, bueno por ver contraponen un poco lo que hace uno lo que hace el otro y además de que sirve bien para la relación personal también eso es lógico, (luego lo que se está viendo en evaluaciones de hospitales, muchos médicos detectaban que había un cambio del paciente que era un paciente mucho más pasivo y que ahora es mucho más activo mucho más exigente, ¿tú has notado el cambio ese?) si a ver socialmente esta la... evolución que está habiendo, si, es posible que ... que la gente muchas veces pues dice cosas porque a lo mejor no tiene bastante conocimiento de lo que verdaderamente se puede exigir al sistema sanitario como tal no? a lo mejor ahí se podría hacer algo que la gente ... respetara un poco más la institución y.... a los profesionales no... No me refiero porque agredan o cosas así, sino por la simple actitud, el entender que se le está dando un servicio y que está en manos de profesionales y que se le están dando los mejores cuidados, que.... que... gracias a dios se tienen aquí los medios con los que cuenta el estado o la autonomía en este caso, ..., quizás necesitarían aprender a valorar eso no? Si, se debería de hacer alguna campaña en ese sentido ¿no? respecto a eso. (Ahora mismo dentro de tu entorno laboral ¿las preocupaciones más inmediatas que tienes?, ... si es que las tienes, ... risas) pues el día a día, ¿eh?, que mi trabajo sea lo más útil posible para atender a los pacientes que vienen y ... espero que por los compañeros pues... que sepas que puedes confiar en tus compañeros que ellos confían en ti, es lo más importante, y.... yo espero que este plan que estáis actuando o estáis intentando elaborar y, pues que nos sirvan para organizarnos un poquito mejor, y si es posible que se protocolice mas,... que la formación se tengan en cuenta (no lo entiendo) será bien para todos. (Silencio) (muy bien, la infraestructura del centro desde que entra el paciente hasta que llega a urgencia, ¿lo ves ágil el proceso? o ves que el centro no está preparado, ¿o ves? no sé si me explico) en cuanto a la infraestructura física del centro? (si)bueno yo creo que en eso el acceso es libre y la posibilidad además de que está instaurada la consulta de triaje, para triaje visto del punto de vista de la urgencia, el funcionamiento de la urgencia de la urgencia, el funcionamiento de la urgencia, el que se instaurara una consulta que se llama de triaje que es para clasificar los enfermos la gravedad que tiene eso hace que se gestione de una manera ágil ¿eh?, el que el poder diferenciar el que es grave del que puede esperar un poco el que puede demorarse su asistencia un poco o el que debe de priorizarla, no? en ese sentido yo creo que se está funcionando bien no?, el que exista esa posibilidad es muy importante es una herramienta de ayuda, (claro se establece un filtro de acceso) un filtro previo y

ya se redistribuye hacia las consultas externas que es en el caso que algo puede ser demorado un minuto una hora, a lo que tenía que ser atendido como paciente crítico con una cama de crítico monitores,,, una serie de cuidados que sepas que le tienes que dispensar de una manera más urgente no? y más rápida, en ese sentido no creo que .. que haya problemas vaya... eso... todo piensas que hay pequeños detalles a todos los niveles que puede mejorar, pero eso es una herramienta importante de ayuda de trabajo para mí, (silencio) (¿y en cuanto a los horarios las jornadas?, ¿que jornadas?..) tenemos turnos de distinta rotación pero están en torno a las 12 horas en general, hace más tiempo si tuvimos 24 horas pero sí que se atiende un volumen importante de pacientes, entonces,... bueno quizás estemos un poquito mejor así no? por las personas que se tienes que atender, (¿que son más o menos aproximadamente?...por hacerme una idea) si yo sé en torno hace un par de años el diario estaba entorno a los 200 y pico pacientes al día sí, también depende no es lo mismo el que venga por digamos por una odontalgia que es un dolor de muelas al que sea ya un infarto o un accidente traumatizado impérateme, hay toda una escala, cada uno va a requerir un tiempo , no es lo mismo el tiempo que le vas a dedicar a una patología banal que ya un paciente crítico no? pero ese, esa era aproximadamente la media que teníamos, el de este año no lo conozco , el informe de actividades (no sé qué dice) pero más o menos ira por ese entorno, (silencio) (despedida y gracias)

ENTREVISTA 3: AL ENTREVISTADO SE LE DAN HACE UNA PEQUEÑA INTRODUCCIÓN DE LO QUE VA A CONSISTIR LA ENTREVISTA, EL MOTIVO DE LA ENTREVISTA Y SU FINALIDAD. CON EL OBJETO DE SER LO MENOS DIRECTIVO EN EL DESARROLLO DE LA MISMA.

(la primera de las preguntas sería que me cuentes un poco tus funciones tus tareas dentro de aquí, el trabajo que desempeñas) las funciones normales pues... la de casi todo el mundo porque casi todo el mundo hay días que está en la puerta en,..., como si digerimos en ambulatorio en consulta viendo las consultas y otra parte de días estas en observación con los pacientes ingresados vamos ingresados en observación, la función es atender a todo el que llegue, vamos, tanto en la puerta como en la observación y bueno tratar a los pacientes y llamar a los especialistas cuando hacen falta y... bueno las tareas que me imagino que cualquier urgencias ¿eh? atender a todo el que venga por la puerta tenga o no tenga algo y ponerle el tratamiento y eso... ¿eh?... lo que alguno de nosotros nos gusta más la observación porque son enfermos críticos y enfermos... y no las tonteriillas de la puerta que si le duele la garganta... o le duele la rodilla desde hace un año. Y ... bueno... trabajo como todo el mundo. (¿Llevas mucho tiempo trabajando aquí?) aquí en este hospital llevo desde el 87 estuve... 2 años en medicina interna desde el 92 al 94, porque entonces no había internistas y nos subieron a unos cuantos de

urgencias, vamos a dos, y después en el 94 ya volví a urgencias, y aquí estoy, o sea que desde 87, 19 años hacen en marzo. (¿Tienes ahora mismo gente bajo tu responsabilidad?) no aquí somos todos iguales, normalmente el que está en observación es como si dijéramos un poco más responsable de... pero de cargo así no... Solo está el jefe, El nuevo jefe y Señor x, que es el jefe de sección de urgencias. (Y con el resto de los compañeros, ¿la comunicación cómo es?) normalmente buena, hay roces porque la gente está pues... bastante quemada en urgencias como en todos lados vamos, pero urgencias es un sitio que quema mucho y... bueno, a veces rozas por un paciente, por una situación, pero vamos yo creo que la comunicación y el trato es bueno, a veces últimamente hay un poco más de malestar porque como todas las cosas ahora que no hay médicos llegan médicos y exigen cosas que se le dan, (¿cómo qué?) O sea, tu eres médico y vienes abajo y dices si me das una interinidad me quedo sino me voy o si me pones ese turno me quedo sino me voy, y claro hay gente que está así y otros no, y claro eso crea conflicto ¿sabes? hay gente que acaba de llegar y le han dado una interinidad y hay gente que llevando más tiempo no se lo han dado entonces esas cosas siempre Crea recelo.... (¿Pero os reunís periódicamente para la actividad del día, o para...?) no nunca, sesiones clínicas y reuniones, reuniones solo para protestar y esas cosas nos reunimos, nos reunimos porque , bueno nos reunimos nosotros bueno, con los jefes también nos reunimos pero para decirnos cosas del trabajo, no sesiones clínicas... ni... nada, para si ahora la pediatría los niños se van a tratar abajo y no arriba y... cosas de esas, y nosotros nos reunimos de vez en cuando tenemos muchas protestas que hacer y muchas cosas, porque bueno... imam yo pienso que el problema principal que tiene esto es que falta un jefe. un jefe que este en urgencias, que este todos los días, que coordine un poco, que vea lo que pasa todos los días no que se entere por lo que le cuenten, eso estamos hartos de decirlo, o sea que, además hicimos una carta, la firmamos todos, pidiendo a la dirección unos puntos que no nos han hecho ni caso, (silencio) (¿el funcionamiento general del servicio como lo ves?) hombre, general, falta gente, hay 4 consultas, hay mucha demanda y... es que no hay más espacio claro es que no se pueden poner más consultas porque no hay donde verlos pero tampoco hay médicos, y... la observación tiene,... posibles son 20 camas posible en observación pero con el pasillo a veces tenemos treinta y tantas camas para un médico, entonces falta... seguro... es que tiene lo que tiene una planta de medicina interna y de agudos, y gente inestable, además sino hay camas en el hospital se quedan abajo, 4 o 5 días 6 o una semana, o sea que es que hay mucha muchas deficiencias, entonces, (camas, jefes, ..)Personal y material también. Nos falta material (¿de qué tipo?) pues un pulsímetro para los niños, por ejemplo, hay una sala de pediatría que, si tú la ves se te cae el alma a los pies, es un cuartucho lleno de mierda... ¿tú te has pasado por abajo? (todavía no) pues pásate, yo creo que lo primero es ver lo de abajo, que es que hay sitios que.... (El próximo día me paso) claro date una vuelta por abajo. La sala de parada es

pequeñísima, las puertas no corren bien, tienen que entrar dar la vuelta y meterse, si metes la camilla la cama no cabe o sea que es que.... (Risas) es que hay un montón de cosas. (¿Y las necesidades que ves mas...?) hombre necesidades... yo creo que hace falta espacio, el otro día salió en el periódico que van a poner dos consultas de pediatría, pero aquí nadie ha dicho nada, el periódico sí, pero nadie ha dicho nada. Y.... el espacio es importantísimo si vamos a ver a los niños poner en condiciones la sala de pediatría porque es que es un sitio allí, una bombona de oxígeno y unos azulejos porque eso era la sala de esto de... esto de celadores que tenían un montón de cosas pegadas, agujeros... y todo y está igual. Ni le ha puesto agujerillos o algo. Pásate... y veras.... y la consulta 4 tendrá 2 por 2 metros por ahí, un carrito apenas cabe. Porque no era una consulta era una sala de curas y como hacía falta más consultas pues la habilitaron como consulta, o sea que de espacio estamos mal, ampliaron la observación porque teníamos 9 camas en observación y 3 de críticos y ahora tenemos 17 camas, en observación y 3 de críticos, pero con el mismo personal, de médicos de enfermería si aumentado y de auxiliares también ha aumentado. Pero de medico.... (¿Y el servicio que realizan otros profesionales como enfermeros, auxiliares, es bueno?) si hombre. Hay gente que está bien preparada hay gente novata como en todos lados, pero yo creo que la gente normalmente se involucra bastante, yo creo que funciona porque los que trabajamos aquí nos preocupamos por el servicio y por todas esas cosas, cuando falta alguno nos llamamos el uno al otro pues vente para acá... porque... El nuevo jefe está.... porque yo no sé si tú conoces a El nuevo jefe, pero me imagino que sí y es el Jefe de todo o sea que no puede estar físicamente en todos lados no? Entonces nosotros nos organizamos y esas cosas, que yo creo que la gente se involucra bastante, (¿y que mejorarías entonces?, por hacer una síntesis) hombre son cosas difíciles porque el espacio es muy difícil... (No lo entiendo) yo mejoraría por ejemplo el personal, los médicos aumentarlos con las consultas, por lo menos una consulta más y de noche que se quedan dos nada más. (En urgencias) en consultas y uno en observación y bueno pues... y la formación y eso... la verdad que esta un poquillo así... (Silencio) (¿La veis accesible el acceder a la formación de forma continua?) para nada, nosotros bueno, yo hoy estoy saliente de guardia yo me iba a mi casa y me ha llamado El nuevo jefe para que venga, entonces si tu vienes a hacer aquí un curso o cualquier cosa tienes que hacerlo en tu tiempo libre los demás profesionales del hospital lo hacen en su jornada de trabajo ¿eh?? yo pertenezco a una... a ver como se llama, la comisión de infecciosos del hospital. Y nos reunimos cada x tiempo para... y.... yo tengo que venirme días libres porque además si estoy trabando no puedo venir, o sea que eso es lo complicado, después tú no puedes pedir permiso para un curso porque tienes que encontrar quien te lo haga, tu trabajo y después devolvérselo claro o venderlo y te cuesta el dinero, o sea que es complicado, la formación en urgencias es muy complicado. (Silencio) las sesiones clínicas son muy complicadas, porque claro, ..., entran 5 por la mañana y salen 3 por la noche,

pero claro, los demás están libres entonces no van a venir todo el mundo a las sesiones clínicas a las 8:30 para irse a las 9 o a las 9:30, gente que vive en Cádiz que vive en Jerez porque no todos viven aquí, o sea que la cosa es complicada. y la formación eso, te la tienes que buscar (silencio) imposible, si hay algún curso como ha habido que El nuevo jefe lo ha organizado, te han dejado el día libre buscando a gente y eso y lo ha hecho aquí en el campo de Gibraltar pero no todo el mundo, unos cuantos que El nuevo jefe dice que lo hicieran y que cuando se volviera a hacer lo iba a hacer el resto pero bueno... y... el mayor defecto que yo le veo a esto es que no se siguen protocolos que cada uno hacemos lo que nos da la gana, entonces es difícil exigirlos no (protocolos de...) médicos, de actuación vamos, si tiene una fiebre así y le pones esto porque le has puesto esto y no le pones lo otro, sino hay protocolos pues dices porque me ha dado la gana. (Risas) y ya está, entonces, eso bueno eso lleva 19 años que llevo yo aquí y no ha habido protocolos. Y son necesarios vamos, pienso yo, no sé qué pensarán el resto, pero yo pienso que.... y con unos protocolos la gente se puede actualizar se puede... (¿Y aparte, la actividad va toda en la misma línea?) claro tu coges un relevo de un paciente y si has seguido el protocolo lo único que tienes que hacer es seguir tú el protocolo y no llegar y al relevo y cambiar todo el tratamiento. (Si, si) por eso, y además con unos protocolos el que llegue le dices toma aquí tienes los protocolos y ya sabe cómo se trabaja, pues así andamos todavía, (luego... por ejemplo lo que he estado leyendo en investigaciones y evaluaciones de medicina, lo que hablan los expertos es que se ha producido un cambio en el paciente, que antes era un paciente más pasivo,) ahora desconfían... yo he notado ese cambio muchísimo, que te preguntan ¿usted está seguro? Y alguno te dice pues yo quiero que lo vea otro yo no me quedo tranquilo. ha cambiado muchísimo, han cambiado los pacientes ahora ves a enfermos de noventa y tantos cien años que hace 10 años no los veías, y.... bueno... la gente pues a través de internet, a través de la tele pues se informa de muchas cosas muchas veces más informadas y entonces te exigen mucho, te exigen una resonancia de todo el cuerpo como si se pudiera estar ahí dos o tres días metido en la máquina, te exigen cosas que... claro que se lo dice el vecino, que lo ve en internet, que lo lee en el periódico, y la información es buena y mala, normalmente las paginas esas son de información muy superficial entonces, la gente se lo cree, la gente pues te dice mira ese paciente le voy a dar el alta, pues yo no lo veo bien... (¿Te sientes valorado en tu trabajo?) hombre yo llevo aquí muchos años ya hay mucha gente que me conoce y yo creo que sí que la mayoría, (¿y por tus compañeros?) yo creo que sí, creo. será por la vejez, pero vamos, pero si porque bueno ... eso lo notas en cuanto vienen a preguntarte el personal de la casa que van abajo y te buscas para que lo veas o le hagas eso, problemas familiares, o sea que.... por eso, eso sí, será también porque llevamos más años no, y ya la gente te conoce más se fijan más, a lo mejor que uno que acaba de llegar que no lo conoce aunque sea mejor médico, no? pero en ese aspecto si, aparte de que haya algún energúmeno no? que te dice

que ... pero esos los hay en todos lados (y luego tus preocupaciones más inmediatas en tu trabajo, ¿que cambiarías de inmediato?) yo pienso que lo fundamental es el jefe y protocolos, vamos un jefe dedicado a urgencias claro como esta en Algeciras y como esta en muchos sitios, que sepa lo que le pasa a la gente, que pueda charlar con la gente, y no bueno El nuevo jefe pasa como un meteoro porque siempre va corriendo de un lado para otro el hombre, pues entonces lo que se entera es porque lo llaman, porque se lo dicen pero no lo vive, las situaciones que se viven abajo las debe conocer, por ejemplo las guardias, los turnos de guardia y eso los ponemos nosotros y después él lo supervisa no? porque es un maremágnum eso... entonces yo creo eso, jefe, protocolos y personal que es lo más difícil de encontrar ahora mismo, pero bueno..... pues yo empezaría por eso, por ese orden, jefe que obligara a unos protocolos y que se preocupara de que hay más personal, porque si se trabaja ordenadamente y sabiendo que hace todo el mundo lo mismo pues seguramente se trabajará mejor, y aparte que se ahorra dinero y se ahorra de todo, porque si yo te veo a ti hoy con un dolor de cabeza y te pongo un tratamiento que es el que dice el protocolo y tu vienes mañana pues todavía me duele no sé qué, pues el protocolo que seguí pues tienes que seguir tomándotelo, está claro no? pero si llega y ah bueno pues yo te cambio el tratamiento toma, tomate esto, y después viene otro día lo coge otro pues tomate esto, no? y bueno, eso se ve porque la gente viene de sus médicos y se viene aquí a ver que le dices tú y lleva la receta de su médico. Sobre todo, con los niños, bueno es que es absurdo porque nosotros no somos pediatras y se viene de su pediatra aquí para que le digamos si se toma lo que le ha mandado y eso... mucha gente. (Risas) y bueno... la relación con la primaria que tampoco tenemos mucha, con los centros de salud. yo, en todo este tiempo no hemos tenido ni una reunión en conjunto no, pues para derivaciones y cosas de esas no? o sea que habría muchos temas, hombre la verdad que esto ha estado muy abandonado y bueno da igual que se sepa porque yo lo digo y bueno porque el jefe que habido no se preocupaba mucho y el que hay ahora tiene demasiado trabajo para preocuparse, aunque se preocupa el hombre pero no puede estar ahí a pie de cañón, esto está muy limitado de camas, muy limitado de espacio, muy limitado de médicos y si se pone uno malo se queda una consulta menos o se arma un follón en la puerta porque bueno esto es un poco peculiar, la gente de aquí es violentilla y eso, pero vamos a mí me gusta, por eso sigo aquí, no a mí me gusta la urgencia yo no podría estar en un centro de salud, viendo gargantitas, colesterolos y esas cosas a mí me gusta ver el paciente pero bueno se puede mejorar, (pues nada más o menos me has dado una pincelada de la situación) hombre y o cuando empecé aquí éramos 3 médicos ahora somos 5 y antes se trabajaba mejor (¿por qué?) porque había dos consultas, no había ni consultas para los tres, había dos consultas y el otro se dedicaba a observación y consulta salía uno y entraba otro y se trabajaba mejor porque la gente era mejor, la gente tú le decías esto y eso lo hacía y todas esas cosas pero claro ahora la gente es más desconfiada, es mas....

(Silencio) quieren que le solucionen los problemas rápido y quieren solucionar en urgencias los problemas personales, matrimoniales, y ... vamos que problemas hay muchos y los médicos tienen que solucionarlos casi todos, pero bueno, me imagino que, con las urgencias nuevas y eso, todo eso mejorara... (en cuanto a la infraestructura desde que llega el paciente hasta que se le atiende, ¿está bien?...) ahí el paciente llega, bueno sale por la impresora la historia le sale a un ATS en un despacho que tiene al lado de la sala de espera del paciente, del triaje, lo le toma las constantes apunta lo que tiene y todas esas cosas y lo nivela, nivel 1, nivel 3 y nivel 4, y.... te lo pasa a consulta, entonces, claro, los protocolos también de triaje son regulares porque claro un dolor abdominal es un nivel 3 y lo tienes que ver rápido no? pero claro es lo mismo que te vea una apendicitis que te vea una gastroenteritis y estés tu ahí paseando con un dolor de barriga o cualquier dolor abdominal cualquier dolor tráfico aunque se haya dado un golpe es un nivel 3 y entonces claro no puedes priorizar muy bien. y.... bueno, después pasa a la consulta hay 4 consulta y dos ATS con lo cual si le pides pruebas complementarias pues a esperar,..., y el ATS porque yo creo que sería beneficioso tener una sala de extracciones tú ves al paciente y lo mandas a esa sala y allí le extraen las muestras y esas cosas y sería más repodo la atención a los pacientes, porque claro mientras le sacas sangre o le haces un electro o no sé qué claro a la hora de desayunar o de merendar se queda un ATS para 4 consultas, y claro si le tiene que sacar a las 4 pues media hora .. No se la quita nadie. Entonces, demora mucho. (Silencio) falta personal. (Le llaman al móvil)

ENTREVISTA 4: AL ENTREVISTADO SE LE DAN HACE UNA PEQUEÑA INTRODUCCIÓN DE LO QUE VA A CONSISTIR LA ENTREVISTA, EL MOTIVO DE LA ENTREVISTA Y SU FINALIDAD. CON EL OBJETO DE SER LO MENOS DIRECTIVO EN EL DESARROLLO DE LA MISMA.

(la primera de las preguntas sería la de conocer tus funciones/tareas dentro del hospital) bueno yo soy especialista en medicina intensiva ¿eh?? con lo cual pues me hago cargo de lo que es el tratamiento del enfermo crítico ¿eh?? dentro del hospital ¿eh?? y eso de dentro del hospital lo matizo porque hay gente que no entiende eso ¿eh?? nuestra, mi labor es un poquito más ¿eh?, nuestra labor debe ser general ¿eh? atiendo a los enfermos críticos en la UCI y atiendo a los enfermos críticos de observación de Urgencias ¿eh?? conforme te entran malos por la puerta, esa es la función mía en el hospital a grandes rasgos (¿llevas mucho tiempo trabajando aquí?) aquí llevo pues 9 e 10 meses, y en otros sitios pues llevo ya desde.... hice la especialidad acabe la especialidad en el 2003 y llevo desde que acabe la especialidad pues trabajando de forma ininterrumpida dentro do lo que es mi especialidad, en

distintos hospitales con distintas formas de trabajar distintos profesionales, distintos números de camas, distintas funciones un poquito ¿eh?? y bien, (¿y ves muchas diferencias?) muchísimas, ¿eh?, los enfermos son todos iguales, pero la forma de trabajar con los enfermos y la gente que trabaja con los enfermos son distintas, si, en ... tipo de diferencia, primero a nivel de motivación, la primera importante, segundo a nivel de organización, un, tercero a nivel de número de personas que trabajan, a nivel de formación, (vamos a volver sobre los puntos) primero es motivación, organización, formación, el otro se me ha ido, incentivación no (personal) si el personal. ¿eh?, entonces, pues esos son los grandes puntos en los que yo pienso que bueno, que esto habrá que mirar retrospectivamente al hospital o a lo que sea, para buscar los motivos a eso, ¿eh?? entonces bueno, en otros sitios que yo he estado que yo bueno aunque llevo 3 años solamente pero bueno yo me considero una persona con relativa experiencia y con criterio para diferenciar un poquito de lo que ha habido en un lado a lo que ha habido otro sabes, yo he llegado a sitios donde yo he sido una parte más del engranaje, umm y lo único que he hecho pues empezar a funcionar, ¿eh?, ha habido un momento que se me pedía que fuera más rápido, nunca más lento ¿eh?, y he ido y he funcionado, el problema... aquí hay un problema fundamental es que no hay engranaje, hay las estrellas ninja que te las tiran de vez en cuando y bueno tú tienes que empezar a funcionar como un engranaje pero a veces no tienes piezas con las que engranar. Esa es la función. O sea, hay gente que quiere que esto funcione, pero hay otra gente que o no quiere, o no le interesa, o que está muy cómodo tal como estaba antes. En grandes rasgos ¿eh?, y eso se puede hablar a nivel de personal a nivel de la motivación ¿eh? a nivel de compromiso que se tiene, hombre, aunque yo pienso que esto es un sistema público que esto digamos que no es de nadie, pero si tu estas en un sitio y no te sientes parte de ese sitio, mal, muy mal. ¿eh? pues entonces tu vienes aquí a ... echar la peoná como si estuvieras en una obra y nosotros no somos obreros ¿eh?, nosotros no estamos aquí poniendo ladrillos, sino que estamos más implicados, vamos ese es mi punto de vista en ese aspecto. (¿en cuanto a la organización...) en cuanto a la organización todos los... son organización personal, compromiso motivación o sea que falta mucho, mucho por hacer, más preguntas o sigo hablando? (sigue hablando) fórmulas para intentar arreglar todo eso, eso vamos, eso lo saben todos digamos los responsables del servicio y del hospital pienso que lo saben, las formulas son muchas veces son, son muy fáciles, dejar a la gente que quiera trabajan que trabaje, incentivar a la gente que quiera trabajan, ¿eh?, ummmm, ponerle medios a su disposición y luego hay un problema que esto... es más difícil supongo que será por la zona porque bueno porque otros puntos como la incentivación básicamente económica, es el personal ¿eh?, aquí la gente dura muy poco ¿eh?, porque una cosa que funciona mal y está lejos o eres de aquí o no vienes, ¿eh? y luego esta otra gente vamos como yo pues particularmente hablo de que yo pienso de es esto peor no puede estar, ¿eh?, esto nada más que puede ir para

adelante, o sea que es que yo pienso que tal como está, que partiendo de la base de lo que yo ya tengo visto, esto peor ya no puede estar ¿eh?, en determinados aspectos, ¿eh?? y entonces esto ya nada más que puede ir para adelante, esto yo pienso que ... ¿eh? y te encuentras con muchas pero con muchísimas trabas ¿eh?, y luego hay gente bueno, independientemente de eso es que luego tú ves a gente aquí que funciona y otra gente que funciona pero que está un poquito cohibida porque es que no, no pueden salir o no la dejan salir o no deben salir, ¿eh?, entonces eso es lo que básicamente veo yo, la situación a grandes rasgos bajo mi punto de vista de cómo está esto. (¿Tienes personas ahora mismo subordinados o bajo tu responsabilidad?) no, (¿y con otros profesionales por ejemplo enfermería?) yo es que cuando hablo así de personal yo no me gusta porque yo, hombre, como ... he tenido cierto nivel de responsabilidad pues te tienes que dirigir a grupos de gente mayor o menor yo los considero no como ... no, es que no, es que son un equipo es que debemos ser un equipo, yo cuando he trabajado con gente, cuando mejor he trabajado es cuando yo he estado en ... ha entrado en un desastre y yo no he tenido que decir ni pio, todo el mundo iba donde tenía que ir y todo el mundo hacia lo que tenía que hacer, y bueno si estas para dirigir un poquito una situación y eso pues dando tres instrucciones que yo pienso que no son órdenes y se hacen, pero... y cuando se funciona como un equipo cuando estas con profesionales funciona muy bien, yo aquí en situaciones puntuales y porque he coincidido con profesionales que trabajan bien, pero sino no, aquí no, aquí falta un poquito la mentalidad de equipo aquí yo he puesto muchas veces el símil de como el fútbol, actualmente temporada 2005/2006 el Madrid es el Madrid pero como equipo funciona fatal, pero tiene lo que tiene gracias a las individualidades, ese es el símil que yo encuentro con esto. (¿y luego la comunicación con el resto de compañeros, hay por ejemplo reuniones periódicas...?) hay reuniones lo que pasa es que la temática de las reuniones pues se trivializan mucho o sea que no, por eso por falta de compromiso, falta de iniciativa ¿eh? tu pues se te pueden tener muchas cosas pero claro solo no se puede funcionar un equipo no es uno, ¿eh?, un equipos son varios y entonces, el equipo tiene que tener cierto apoyo del resto ,o sea y no hablo que este fallando o si, no lo sé, no lo sé, personalmente me hacen ver que lo mismo no es el fallo de quien viene de arriba sino el fallo está entre nosotros mismo, yo no sé si es que no se nos aporta parte de eso de la motivación y la incentivación o no se le ... o se aporta dentro yo la verdad me encuentro motivado e incentivado no pero, no sé, exactamente cuál puede ser el problema ¿eh? y se parte de la base que hay gente muy válida. (¿El ambiente de trabajo como es, es bueno?) depende, depende de las personas como norma general bueno, no hay mal ambiente, ¿eh?, cuando afloran los problemas y eso, ,, se, se, no se (no lo entiendo) se crea cierta tensión ¿eh? y bueno y yo pienso que no es bueno, para nada, en el momento que tu trabajas con tensión no trabajas cómodo no trabajas a gusto y aquí tenemos que tener una mente muy ligera y muy abierta tenemos que tener mucha agilidad mental eso, vamos yo me refiero hablando digamos lo que a la

especialidad mía se refiere tenemos que tener unas miras y bueno, eso es importante cuidar mucho lo que es el buen ambiente de equipo que muchas veces no es el adecuado por eso, ¿eh?? Porque hay muchos problemas previos, o sea aquí ... como.(en qué sentido) pues sensación de , sensación de discriminación o discriminación real respecto a cierto grupo de personas del grupo, ¿eh?? gente que no, no .., no se le puede, no se puede hablar de igual a igual porque digamos que estamos hablando idiomas distintos en cuanto... porque no están... o no sé .o no quieren estar bien preparados en el sentido de no sé, o falta de compromiso que no quieren estar por comodidad por lo que sea, no quieren dar un paso más para avanzar, ¿eh?, ,, se tiene también cuando ..A la hora de hablar de determinadas temas digamos extra laborales o sea relacionados con el trabajo pero de organización económica, administrativa, que la gente no... No es no sé, aquí yo veo a la gente básicamente que está muy quemada, hay gente que está muy quemada que no, que lo que hace es mantener, ... prender al resto, ¿eh?? e intentar mantener el sistema quemado, ¿eh?? Y luego a veces se encuentran con decisiones de, digamos los... de digamos los directores, entre comillas, no por dirección como tal sino los que nos tienen que dirigir u organizar un poquito, que no, que no, les vienen bien, o no están de acuerdo o son, decisiones o son decretos, mandatos de jefatura o lo que sea ¿eh?? que pueden estar mejor o peor pero qué bueno que yo pienso que son cosas que hay que hacer, ¿eh? a cualquier nivel. (Silencio) que ocurre? Nos se mira aquí se... nos comparamos mucho se trata de comparar porque esto es un área sanitaria ¿eh? formada por dos hospitales, ¿eh?, se trata de compararnos o de vernos respecto al otro hospital al hospital de punta de Europa entonces yo no sé cómo trabajan yo sé cómo trabajo aquí, como hay que trabajar aquí y lo que se trata es de comparar de porque allí sí y aquí no... No sé qué, como funcionamos y dependemos de una misma jefatura y.... pues entonces ahí también hay mucho recelo e incluso conflicto no con ellos porque realmente no tenemos contacto, pero, cierto grado de conflicto puede haber, si. (Silencio) (Respecto a la infraestructura física, desde que llega el paciente hasta que es atendido, piensas que esta acondicionado el centro) no para nada, ¿eh?, no hay.... el centro el centro es antiguo se nota que es antiguo, tiene unas infraestructuras que en algunos aspectos son deficientes en cuanto a nivel, a material físico, a mobiliario, ¿eh? luego hay ... pues las dependencias son obsoletas ¿eh?, algunas no son funcionales en absoluto, no guardan el más mínimo grado de, de intimidad para el paciente, ni para la información, ni para nada. a nivel... técnico... no está mal, ¿eh?, puede estar mejor pero no esta... lo que es la infraestructura es mala (y como es ese proceso desde que llega el paciente hasta que se le atiende) hombre a nivel de ... conforme entra el enfermo por la puerta de urgencias ¿eh?, sino viene inestable... claramente inestable pasa por la consulta de triaje, se le toman las constantes se le pregunta que le pasa y dependiendo de la valoración del enfermero o del personal que este en triaje ¿eh?, se nos consulta más rápidamente a los médicos o no, sino pasa al área de críticos de

observación ¿eh?, donde se le atiende de forma inmediata, se le da una solución por el médico que este en observación y en función del médico si somos nosotros lo atendemos nosotros mismo o si no se lo consultamos al intensivista para tratar de darle una solución al problema, para sí se puede tratar sobre la marcha allí o precisa de ingreso o traslado incluso. ¿eh?, a otro hospital o a otra zona, (y el proceso más o menos lo ves ágil) el proceso no lo veo.... Cuando funciona no es malo, no es malo, puede ser mejorable, malo no es, mejorable... en.... el triaje básicamente... un triaje.... Ummm, algo mas... no sé, exactamente, es la... Clave es el triaje, ¿eh? para identificar claramente al enfermo que esta grave ¿eh?, que no sucede en muchas ocasiones, pero hay muchos enfermos que se pasan ¿eh? porque puede ser patológico, que se pasan, entonces ser visto rápidamente en una consulta no que tarden, mucho tiempo, aunque luego después de esa consulta tengan que esperar, pero se ha discriminado rápidamente como pasar un segundo filtro pienso yo. o un médico que vaya y lo valore en el triaje, algo de eso, porque aquí no lo hace personal médico porque es que básicamente no hay, no hay médicos para cubrir un puesto de triaje, entonces. falta personal. Que seguro que te lo comentara todo el mundo. Seguro. Seguro. (Respecto al cambio, paciente...pasivo/confiado/.) actualmente es un paciente demandante, y de hecho ahora todo se ve de cara al paciente, que me parece muy bien porque digamos que es la esencia de esto ¿eh?, y de hecho nuestras actuaciones también van dirigidas a eso mismo a... la necesidad realmente urgente o a la necesidades acuciante del enfermo entendiéndose por urgencia que no es la que percibimos nosotros sino es que es la que percibe el paciente a que se atiendan, no? eso vale, se atienden de una forma más o menos rápida, pero.... hasta un cierto punto, ¿eh?, lo que a nosotros no se nos debe escapar para nada es la patología emergente, es que son dos posturas muy encontradas entonces, ... hay que llegar a un termino... no sé de qué forma llegar a un término medio sabiendo que bueno, que la patología no emergente no urgente, percibid por nosotros pues va a tardar porque las personas vienen demandando exigiendo ya, exploraciones complementarias sobre la marcha sin la valoración previa ahorrándose los pasos o, si el enfermo es mucho mas ... o sea el usuario ahora mismo hoy por hoy es mucho más exigente.. (y el trato con ellos tu personalmente) yo personalmente el trato con los pacientes es bueno porque claro yo cuando los veo, los veo en una situación más., más delicada entonces... pues tengo que informarles de otra forma, tengo que darle datos que a lo mejor no quieren escuchar o cosas que no quieren oír o que no quieren saber entonces, yo ahora mismo , umm en líneas generales es buena, la información o sea el trato con el enfermo y la familia buena, ¿eh? pero es muy importante eso el primer contacto, es muy importante, sabes y no ya el primer contacto que yo le pueda dar sino el primer contacto que tenga con el sistema en cuanto a la información porque si no ya si lo sillas rebotados es muy difícil volver a encauzarlo. (Silencio) (Otro de los aspectos que quería tratar es el de la formación continua, si tenéis acceso, se os da facilidades, en el proceso de reciclaje...) yo

pienso que sí, que hay opciones de.... hay opciones, hay bastantes opciones lo que pasa es que hay que estar al tanto y hay que buscarlas o sea muchas veces aquí no se nos proporciona de decir mira, hay esto y eso, o sea nosotros tenemos por nuestra formación, tenemos las sociedad, e incluso los visitantes médicos dicen mira hay tal cosas ,o sea hay muchas opciones de formación lo que pasa es que no somos ya ni colegiales ni estudiantes ni nada de eso que mira toma... tenemos que estar ,, tenemos nuestras inquietudes y eso y cada uno debe intentar de cierta forma buscarse un poquito lo que es la formación que uno necesita. o que requiere, independientemente de eso, pienso yo que lo que es la institución como tal ¿eh? debe ofrecer unos mínimos de formación continuada, (¿y se os ofrece?) no lo sé, sinceramente no lo sé, he visto aquí algún tipo de curso, pero bueno los residentes y la gente pues, echan falta más cosas, echan falta cosas y sobre todo a parte independiente del personal médico el personal no facultativo o sea la enfermería mal, mal en el sentido.... que no que no... En ese aspecto mal porque no... No tiene acceso a esa formación continuada como ellos quisieran sobretodo en muchas novedades técnicas de procesos que se hacen, todas las cuestiones de los procesos, el porqué, ¿eh? pues muchas veces pues tu si quieres un equipo pues tienes que mantener a la gente implicada en lo que estás haciendo y saber ver el porqué de las cosas y no... Sobre todo formación, bueno aparte del personal facultativo que tenemos un acceso un poco más. Más fácil entre comilla, el personal no sanitario, perdón el personal no facultativo, enfermería yo pienso que sí, que esa gente debería tener más mucho y mejor acceso y algo más... más activa lo que es la formación. ¿eh? (Y luego dentro de las intervenciones que ves en el equipo, ¿veis que más o menos van en la misma dirección o que cada uno actúa según si criterio? ...) hay como... si, ahí digamos.... tenemos formaciones distintas, o sea yo... lo que es el servicio de cuidados críticos de urgencias es muy variopinto no? entonces hay gente que tiene una formación, pero dentro de la gente que tenemos la misma función ¿eh?, hay gente que tiene distinto grado de formación no grado no grado se supone que es el mismo pero distinto tipo de formación, entonces muchas veces, no sé, no se hace lo que es la ... La recomendación científica, lo que es la medicina basada en evidencias, a veces no se hace, se hace porque siempre se ha hecho así, esas son muchas veces las respuestas que nos encontramos ¿eh?, porque como siempre se ha hecho pues se hace así yo es lo que se debe de hacer, ¿eh?, entonces muchas veces les preguntas eso en el 50% o sea muchas veces no, según quien vaya a seguir esa line y otros no la siguen. (y a modo de resumen, ¿tus preocupaciones más inmediatas dentro de tu trabajo?) mis preocupaciones, unificar criterio o sea hacer unas líneas de actuación unos protocolos de actuación que todo el mundo hagamos lo mismo, ¿eh?, básicamente, yo ahora mismo básicamente es eso, porque sabiendo eso y teniendo a la gente formada y un poquito incentivada no en el aspecto económico, sino tenerla un poco más contenta, la gente a mi gusto protesta y protesta muchas veces sin razón y otras veces si tenemos muchísimas razón por algunos temas de

protesta, pero la gente muchas veces pide pero no ofrece nada, (silencio) ¿eh?, son un poco, o sea a mi ahora mismo las líneas de actuación y luego un poquito más de... de.. Mentalidad de equipo, ganas de hacer equipo, entonces... eso. Con los protocolos, mentalidad de equipo y luego cierto grado de incentivación que luego ahí ya yo no sé qué tipo de incentivación nos hará, nos haría falta para... eso yo pienso que sería un poquito más... que habrá líneas generales ¿eh? y otras líneas un poquito más particulares, ¿eh?, pero yo pienso que se intentan buscar pero que está ahí todavía por hacer. (Muy bien pues más o menos las pequeñas pinceladas que quería...) es que son muchas cosas o sea y... yo vengo o sea venir de otro lado pues te lo comentaba al principio me da una visión global de cómo son o como deberían ser las cosas, o sea una visión global de cómo son las cosas que funcionan no como son las cosas que yo me creo que van a funcionar sino que yo no trato de inventar o de hacer invención sino que las cosas funcionasen bien en otros lados en sitios muy similares y porque aquí no, que es lo que está pasando aquí, cual es el problema, ¿eh?, y el problema es que aquí como se hacen las cosas como se hacían... entonces los elementos nuevos pues somos un poquito,, pues visto como bichos raros y para que te metes en esto y esto porque y esto que anda ya, no sé qué no sé cuántos,.. Esa es la cuestión. (¿Destacarías algún punto fuerte, algo que veas muy positivo?) destacar algo de esto... (Piensa) hombre que... yo pienso que tiene gente que quiere que esto salga para adelante, yo pienso que tiene piense que yo pienso que a partir de esto, son digamos las cenizas, a partir de aquí tiene que resurgir esto, como el ave fénix, resurgir a partir de las cenizas, esto está ya muy quemado y esto y esto hay ... y digamos siendo muy drástico quitar el resto lo que este quemado y a partir de las cenizas empezar de nuevo, ¿eh? y eso es lo traumático o sea yo pienso que es una función muy drástica que es una función que no es posible pero que yo vamos si estuviera de mi mano yo quitaba a mucha gente e iniciaba esto a partir de ... (interrupción) si pero muchas veces las cenizas están pegadas a ti te cuesta mucho trabajo, vamos estamos en ello, se empiezan a ver cosas lo que pasa es que claro, cuando digamos que es un 50-50 es como el juego de la cuerda a ver quién puede más, y tampoco podemos ser un juego de la cuerda porque entonces entramos en conflicto dentro del mismo grupo-equipo, entonces con lo cual mal, es porque entonces lo que tenemos que intentar ahí,, es que haya es que no puede ser una misma unidad no se puede ir a dos velocidades, no se debe, no se puede y no se debe, entonces el problema cuál es? Que estamos pues estamos ralentizando el intento porque es que no, tenemos mucha actividad y claro son unas actividades digamos extra, ¿eh? que se nos pide se nos solicita y que yo pienso que deberíamos de tomar parte porque luego no tendríamos derecho, porque si se nos ofrece y no participamos luego no tenemos derecho a protestar y no tenemos derecho a nada, pienso yo, o sea que hay que tomar parte, hay que mojarse, sino, sino mal. A lo mejor te lo he sintetizado esto, pero he dado muchas líneas... yo pienso que hay muchas cosas que... yo no puedo, yo no lo, es que... se puede

por todos lados. Bajo mi punto de vista. Hombre yo pienso que casi todo el mundo, hombre los que mas... los demás pocas cosas bonitas te habrán dicho te habrán dicho muchas cosas regulares por así decirlo y bueno partiendo de eso... yo pienso que se pueden hacer cosas, (interrupción) (fin)

ENTREVISTA 5: AL ENTREVISTADO SE LE DAN HACE UNA PEQUEÑA INTRODUCCIÓN DE LO QUE VA A CONSISTIR LA ENTREVISTA, EL MOTIVO DE LA ENTREVISTA Y SU FINALIDAD. CON EL OBJETO DE SER LO MENOS DIRECTIVO EN EL DESARROLLO DE LA MISMA.

(la primera de la pregunta sería que me contases cuáles son tus funciones tus tareas dentro del hospital) pues soy médico y trabajo en el servicio de urgencias en principio y.... bueno, llevas a cabo ... el trabajo como un médico en urgencias, es... exactamente ... en observación por ejemplo por los turnos que tengo tareas en observación ¿eh?... pues llevo a los enfermos que están encamados cuando estoy dentro... y.... cuando en el turno me toca fuera en puerta pues atender a los pacientes que entran. Entonces básicamente esas dos posibilidades, pacientes más graves que estén encamados y.... otros que no son de extrema urgencia (¿y llevas mucho tiempo aquí en este hospital?) pues hice la residencia aquí como médico de familia y empecé en el año 98 como médico residente hasta que en 2001 y en el mismo año me contrataron como médico de urgencias, me dieron una interinidad hace dos años. (¿Antes habías estado en otros sitios?) no nunca había trabajado como médico, la primera vez que trabajaba fue con la residencia aquí (¿y cómo ves el servicio?) a grandes rasgos) a grandes? (si y si quieres después profundizar) ... hombre porque me gusta lo que hago, porque en parte pues hay muchos problemas veo que hay mucha demanda atender muchos enfermos porque viene mucho volumen de pacientes.... y.... eso que muchas veces te supera no el tener tantos pacientes, a veces se necesita más médicos que te ayuden en determinadas áreas, cuando estas dentro solo en esa observación y con tantos pacientes y con tantas camas, que no lo puedes hacer bien por eso, porque te falta tiempo para cada uno.(¿cuantos pacientes hay?) teóricamente deberían de ser pues... llegamos a tener hasta treinta a veces o sea que para uno solo pues a lo mejor eso es mucho porque ten en cuenta que solamente los que hay más los que van entrando porque el servicio de urgencias no es como planta que dices tengo tres un no van a entrar mas no, en cualquier momento te puede llegar cualquier paciente crítico y todas esas cosas, si trabajabas con menos pacientes pues lo haces mas...sabes que cuando hay ese volumen de paciente pues es bastante difícil en ese sentido y es lo que más te puede agobiar y cuando vengo por las mañanas lo que más me agobia es cuantas camas hay y si hay menos pues se lleva bien además se nota mucho cuando hay menos paciente que puede haber 10 12 se lleva más o menos pero bueno en ese sentido sería ideal. Pero bueno. por eso hay... las dos observaciones

podíamos decir y tienes que llevarlas todas, (¿y con el resto de profesionales, enfermería, ves que están bien coordinados...?) yo creo que sí, yo personalmente por lo menos no tengo muchos problemas hombre a veces siempre pasa no de que cuando llegas nuevo de que no se sabe muy bien cómo va la cosa no? en las sustituciones en verano en navidad pues tenemos situaciones un poco más problemáticas a veces, pero en general yo creo que nos conocemos ya además de estar varios años pues ya te vas conociendo y eso y... puede haber problemas puntuales de algunas cosas que a veces puntual, pues faltar o temas de celador a veces (no lo entiendo) que son problemas que solemos tener, pero en general bien. (¿Y con el resto de médicos, compañeros, como ves el ambiente de trabajo, hay buena comunicación, os reunís lo suficiente...?) Bueno reunirnos... (risas) yo sé si falta alguien si falta gente, pero también es muy difícil por los turnos que nos reunamos todos a la vez o sea que en ese sentido. Pues llevarnos... pues bien hombre. de vez en cuando hay sus cosillas que puedes escuchar, pero yo creo personalmente no, por mi carácter por mi forma de ser no tengo no me veo que tenga muchos problemas (¿y la comunicación entre vosotros es buena?) yo creo que sí, (no lo entiendo) (¿os veis coordinados en el trabajo?) (silencio) bueno, es que en todos yo creo que hay a veces puede surgir con alguno, alguna vez con algún compañero que pueda haber algún problema o con gente nueva que les puedas ir diciendo esto y aquello pero son problemas más de eso pero yo creo que cuando la gente que estamos más que llevamos un poco más de tiempo así y demás yo creo que no hay problemas nos entendemos bien en ese sentido (y luego, ¿ves que todas las actividades siguen más o menos un orden?, en el sentido de que os coordináis, tenéis protocolos..) no eso falta, faltan protocolos siempre lo estamos diciendo en ese sentido si faltan, para muchas cosas si faltan protocolos, por ejemplo yo que sé, una determinada cosa o una determinada cosa o una determinada patología pues un protocolo diría esto y esto, es lo que hay que hacer a lo mejor o en un determinado o en determinadas patologías.. Si te refieres a eso que puede faltar un protocolo, pero nosotros a lo mejor con otros servicios a lo mejor en determinadas pruebas que puedas pedir o cosas así en eso si nos falta. Los protocolos de lo que haya que hacer. A veces bueno eso sí, eso falta (silencio) (el proceso desde que llega un paciente de la calle hasta que es atendido ¿cómo es?) pues abajo pues nosotros pues cuando llega se le hace primero un triaje que es con enfermería que es cuando llega y hay unos niveles de gravedad del paciente podíamos decir y ya va pasando dependiendo de eso pues pasaría a consulta o pasaría a observación. Ya a las camas. se nos pregunta muchas veces si el médico esta en observación o no, si creemos nosotros que debería de entrar dentro y entonces pasa ese paciente a menos que venga el paciente en camilla que no se pueda levantar o que venga mal y esos pasan directamente, y en principio es así, ...y. Luego otras veces se ve en consulta y ves que ese paciente no debe que estar sentado en el sillón pues se comenta con el compañero normalmente para... yo tengo la referencia esa

de comentarlo y pasar el paciente y dentro. Luego ya depende si te lo quedas tu sino te lo quedas, pero en fin puede haber unos pocos mira yo creo que sí. A lo mejor aquí también habría que tener un protocolo ahí sí tendría que pasar por esto y esto, pero bueno también yo creo que la medicina también está así abierta. Pero yo no lo veo bien, (¿y crees que el proceso es ágil?) también muchas veces depende del compañero que te lo pase muchas veces en ese sentido, yo creo de cuando te pasan una determinada persona dices pues si o a lo mejor con gente que llega que no... Que no sé cómo explicarte eso... o que... tener no sé, es que no se ahora mismo. (silencio) como decir, que hay personas que tú dices sí que compañeros que te dicen esto y esto y tú dices si para dentro o sea que y hay otros que pueden ser un poquito más me lo creo o no me lo creo o lo tengo que valorar yo otra vez a lo mejor en ese sentido y no sé yo creo que si se hace bien no esta tan mal como se hace, (y luego a nivel general ¿qué mejorarías del servicio?) más flojo el personal médico supongo, el número, sobre todo cuando estas dentro son mucha gente para un médico solo y ahí sobre todo lo mejoraría luego hay cuestiones puntuales como horarios de visita de familiares pues intentar cambiarlos, porque) porque para poder hacerlo mejor por ejemplo porque cuando te llegan pacientes tu das el relevo a determinada hora y ese poquito tiempo que se queda la familia tiene que entrar a lo mejor a la hora y no te da tiempo todavía de asumir esos pacientes y saber bien de que van y entonces pues tal vez poner horarios nuevos en ese sentido que es una cosa que estamos intentando cambiarlo. Porque atender a 15 pacientes a lo mejor que puede ser la media pues que tengas que mirarlos en una hora pues necesitas reevaluar todas las cosas y demás y eso. Luego hay mucha gente abajo que están ingresados que todavía pues eso que tienes que ver muchas historias del día anterior para, sino están ingresados para ver si han evolucionado. Oro no se es que es tiempo perdido porque el paciente puede estar bien pero no te ha dado tiempo a verlos bien. Esas son las cosas que veo que hay que mejorar, sobre todo. (¿y así, preocupaciones más inmediatas en tu puesto de trabajo?) más inmediato a mí sobre todo lo que más me agobia es cuando vengo por las mañanas y me encuentro muchos pacientes podemos decir, yo sola para todo eso, yo creo que si hay algún personal más que te ayude en ese sentido ose aquí se reparta esa carga en esa mañana yo creo que puede mejorar mucho la asistencia que yo le puede dar porque puedo saber mejor como va ... o sea lo que , puedo ver la analítica previa la historia previa puede reevaluar a un paciente si hace falta y demás... si no hay un corre que te pilló .. Porque te llegan otros y te agobias muchos, a mí lo que más me agobia sobre todo es ese tema, o si estas en consulta y ha habido mucha gente y que te ves ahí 30 historias, ya tengo que empezar ahí a ver... que no es lo mismo verte poquito a poco que no cuando ves, cuando sabes que te están esperando 10 no es lo mismo que cuando te están esperando 3, eso sobre todo es una cosa que... a mí es de lo que más me agobia, no por trabajar no es el trabajo. eso me da igual si no es por la forma de trabajar que no lo haces bien a lo mejor, tienes

que ir más rápido y repercute sobre todo en el paciente en ese sentido no es lo mismo que lo veas bien.... porque a mí me gusta cuando lo ves bien y demás y es complicado bueno, pero lo vas sacando ... pero si tienes 20 esperándote y aporreándote en la puerta en ese sentido, ves eso sí porque se cuele mucha gente es un problema que problema muy grave porque entran y no hay un control muchas veces de las personas, de los familiares que entren por un lado por otro que se te ponen en la puerta que... eso pasa mucho. Que... (Paciente, cambio de paciente, de perfil del paciente, que antes era mucho más pasivo que confiaba mucho más en el criterio del médico...) si al llegar lo primero que te piden... eso sí, te piden pruebas complementarias, los pacientes te piden yo creo se hacen muchas veces se piden muchas más pruebas de las que se requiere a veces porque... o por autodefensa, ¿la medicina defensiva no? ¿eh? aunque yo no la utilizo mucho, pero yo pienso que muchas veces se pide más cosas aun sabiendo que es una tontería, pero como ya te vienen porque no sé qué no sé cuánto y ya te pones y dices off y eso muchas veces a mí me crea también aparte que yo intento hacerlo, pero sin que se dé cuenta de que lo estoy haciendo porque desde luego procuro que no lleve la razón en ese sentido que sea yo el médico ¿no? no él, y que si me pide pruebas pues que no se dé cuenta. Que hare lo que yo quiera, pero a lo mejor luego estás diciendo... puede que lo pida, pero de otra forma... no por decir yo soy más, no pero tampoco creo que sea bueno en ese sentido. Y es que el criterio sea el que yo haga, yo no me meto en el trabajo como digo muchas veces del mecánico, le llevo el coche y que lo arregle. no? a veces eso se lo he puesto de ejemplo a los pacientes cuando ya no puedo con ellos, ... a eso recurro yo la típica frase, (risas) (¿y te sientes valorada por los pacientes?) a veces... hombre a veces si a veces no. cuando te dicen muchas gracias la verdad que te agradecen no? pero... hoy por ejemplo a mí me gusta veo un crítico y lo saco adelante para mi es una gran satisfacción por ejemplo y me encuentro muy bien luego y demás, y te llevas alegrías muchas veces. Y cuando ya la familia te dice gracias o luego incluso la gente que te diga en ese sentido...pues eso hay mucha más en observación el mismo te da las gracias, pero otras veces no... Que quieres que te diga lo que te dicen, los insultos que te dan, pues... se pasa mal, ... Pero bueno... (¿Y con el resto de profesionales este sientes valorada?) yo creo que sí, no sé, yo creo que... bueno no sé, porque yo también he estado poquito a poco he ido dándome mi sitio y me ha costado yo que se meterme un poquito dentro de observación, me costó quizá dar el paso porque yo soy muy cortada no, me cuesta mucho hablar en público y todas esas cosas, a mí esas cosas me cuestan mucho, pero bueno yo creo que.... (No lo entiendo) no me veo más con ellos la verdad. (¿Luego... en cuanto a la infraestructura física del centro como la ves?) Bueno ahora mismo han hecho unas obras abajo nos han ampliado.... pero no nos han ampliado el personal, pero no, yo creo que faltan cosas, hombre hay una cuarta consulta abajo que es muy chica, por ejemplo, esa consulta es muy pequeña para poder llevar la consulta, si entras un carro ya no entra el familiar... la camilla al revés, es

horrorosa esa ... estas siempre procuras llega si te toca puerta a las 9 menos diez porque, para no cogerla no porque no, a mí por lo menos personalmente no me gusta te agobia mucho no tiene ventilación y eso por ejemplo, si es horroroso da una claustrofobia bestial, además está al lado de la sala de triaje y esta la gente hablando y muchas veces si tú hablas mal yo creo que te escuchan de fuera y bueno a mí me ha pasado pasar dentro y escuchar a los de fuera diciendo porque acabo de ver a ese paciente y enterarme de todo y ahí te das cuenta la verdad que te das cuenta de otras cosas porque hablas con ellos y te dicen si, si y salen y cuando salen ... pues no me ha dicho que no sé qué no sé cuantos... y entonces ya pues estas preparada para cuando viene, pero faltan más cosas en ese sentido si, y luego algún aparato que también. Pero si cambiaria cosas, el cuarto de parada también que tampoco está muy bien puesto, el cuarto de parada que tenemos de entrada que tampoco ... y ... en el centro ya (respecto a la formación continua ¿tienes acceso fácil a ella? se te facilita...) no hay mucho, no, aparte para mí es un horario horroroso, tampoco hay tanto curso yo creo que faltan cursos a mí me gustaría hacer, pero muchas veces te piensas... como falta gente pasa lo mismo falta personal entonces si quieres sustituir una guardia porque quieres cambiarlo siempre hay problemas para poder ir a un curso, a lo mejor que puedas ir entonces pues no... El último creo que lo hice hace 4 meses, por casualidad por un compañero que no podía ir y me lo cedió en ese sentido, de un laboratorio que fuimos. Varios compañeros, yo creo que falta (ahora a mismo ¿quién coordina el servicio? ¿quién es?) yo creo que es el doctor R., no, y esta también... ah es que no me sé los nombres con P. G. R., (¿y los veis cercanos?) hombre yo tengo mucha más confianza con el doctor G.R. pero vamos es que lo conozco de hace más tiempo y demás y bueno El nuevo jefe lleva aquí menos tiempo, pero bueno la verdad que sí, yo creo que al principio te da un poco pero sí. (¿Os facilita la comunicación ve que está atento más o menos?) (No contesta.) (Despedida y cierre)

ENTREVISTA 6: AL ENTREVISTADO SE LE DAN HACER UNA PEQUEÑA INTRODUCCIÓN DE LO QUE VA A CONSISTIR LA ENTREVISTA, EL MOTIVO DE LA ENTREVISTA Y SU FINALIDAD. CON EL OBJETO DE SER LO MENOS DIRECTIVO EN EL DESARROLLO DE LA MISMA.

(¿Tus funciones cuáles son como profesional?) en el hospital? sí, bueno pues yo soy responsable de documentación médica, y.... bueno pues llevo todo lo que es el tema del archivo, aspectos documentales del hospital, echo el contenido básico de datos, el análisis de los GNR y.... luego un poquito... ser fuente de información de los servicios médicos para su propia gestión diaria y.... bueno... pues... ¿eh? Sí que garantizo la información. la hago a partir de las necesidades que tengan esos servicios o la dirección del hospital. (entonces... ¿tú haces guardias concretas? ...) si puntualmente yo acuerdo con

distintos compañeros para hacer o bien sustituciones porque les viene mal la hora que ellos tienen entonces yo se las hago algunas tarde, algunos fines de semana o bien porque hay huecos que cubrir y... me pide el jefe o alguno de los compañeros de urgencias que me pide que haga esos huecos (o sea que es más bien de apoyo) si de apoyo (¿como ves tú el servicio?) bueno el servicio veo en general que comparado si me remito a ... los primeros años en los que yo estuve pues veo que... que el sistema ha mejorado algo, en concreto debido a que hay más personal de apoyo en las puertas, hay 4 profesionales ahora diariamente, y... y,, bueno con respecto a hace tres años ha mejorado mucho pues ha mejorado mucho porque antes eran solo 3 profesionales los que había, y... bueno pues... sigue habiendo deficiencias quizás... en lo que a mi atañe, en puntos de vista de la puerta a partir de las 23 horas de la noche que es cuando de 4 en puerta pasan a 2 automáticamente y son horas umm. que hay muchísima demanda asistencial,,, y bueno yo veo ahí que entre las 23 de la noche y las 2 de la mañana haría falta al menos una persona más, veo yo que hay deficiencias desde el punto de vista en que yo conozco urgencias, soy de puerta, ¿eh?, el tema de observación pues todo el mundo sabemos que existe un problema importante, que debido a una deficiente gestión de camas arriba en medicina interna de tal manera que ahí se acumulan muchísimos enfermos en pasillos que ya están previamente ingresados pero que por falta de camas no lo pueden subir arriba, con lo cual queda ahí una especie de colapso muchísimas personas de fuera de familiares que invaden el área de trabajo para atender a sus familiares como es lógico y demandando información, veo que también en ese aspecto con respecto al tema de familiares veo que existe faltas de control, ¿eh?, en el acceso de los familiares no está regulado ese acceso, existe un poco de anarquía, ¿eh?, quizás en otros hospitales ves que eso está un poco más regulado, las horas de visita las tenemos bien puntualizadas pero no sé si por un problema social de la gente de la población porque se invade mucho espacio de trabajo, y... dificulta nuestra labor que yo creo que se debería ser más rígido en el control del acceso porque también entre otras cosas no solamente es nuestro trabajo sino que pienso que también de alguna forma se está atentando contra la dignidad del enfermo, contratú ves enfermos que están desnudos y tal y no tienen por qué estar familiares continuamente entrando y saliendo y eso se ve como normal y claro, se piensa más en el familiar que en el enfermo y no debería ser así, debería de pensarse más en el enfermo que en el familiar entre otras cosas... (Ves que hay coordinación entre el equipo de profesionales) o luego volvemos a esto, has dicho que es problema de gestión de las camas, en qué sentido?) El proceso hasta que se encama no es ágil., ¿eh? yo por las mañanas no suelo acudir a trabajar allí, pero... bueno, por las tardes... tengo entendido por lo que me cuentan mis compañeros que por la mañana no suelen bajar los internistas porque un día de diario pues que claro tienen que atender arriba la hospitalización su trabajo diario y de alguna forma, hasta por la tarde no se solucionan los problemas de los pacientes ingresados abajo, con

lo cual de alguna forma se demora ahí el proceso. Te estoy hablando y por información que me comentaron hace un año, a lo mejor ya están cambiadas las cosas, también es verdad que el jefe de servicio de medicina interna no ha existido hasta hoy, que realmente se ha incorporado y hay un jefe de servicio medicina interna, y hemos estado sin jefe del servicio medicina interna prácticamente un año desde que se jubiló el doctor acosta y pienso que esto también tiene algo que ver no? yo espero que ahora pues esto cambie, con un servicio más jerarquizado que se pueda de alguna forma mejorar esa gestión y habría que dar un plazo no, para ver cómo funciona, pero de momento bueno pues existen esos de agilidad dentro. Y claro... arriba también es verdad que faltan camas, entonces... esto tiene que... tienes que sacrificar otros servicios quirúrgicos interrumpiendo suspendiendo muchas veces ¿eh? intervenciones quirúrgicas para poder ingresar un paciente en medicina interna, eso bueno pues crea ya otros problemas en otros sitios y demás, y yo creo que es fundamental, entonces con la nueva medicina interna. bueno quizás habría que estudiar a fondo que es lo que está ocurriendo allí para poder buscar allí ... (y ¿estáis coordinados con el resto del equipo dentro del servicio de urgencias?) dentro del servicio de urgencias como tal yo creo que sí que existe buen clima en general entre nosotros a nivel personal y a nivel profesional si yo tengo alguna duda o algún compañero tiene alguna duda pues nos consultamos mutuamente y muchas veces se toman decisiones en equipo, pues aquí este caso habría que abordarlo. es decir que yo pienso que no suele haber problema (¿y con el resto de profesionales como enfermería o exiliares?) no tengo yo problemas personalmente (¿funciona? ¿está coordinado bien?) yo creo que sí, (silencio) (entonces ahora mismo del servicio más concretamente ¿qué mejorarías?) del servicio... pues... ya te digo, propondría un médico en, o alargar los turnos de refuerzo en vez de hasta las 23 de la noche hasta las 2 de la mañana y propondría un contra más estricto en el acceso a los familiares y pacientes no. ¿eh? Quizás. pues ... ¿eh? seguridad afortunadamente no estaban abajo, hasta el año pasado estaban arriba y había algún problema y estaban indefensos los profesionales pero ahora están allí, también es verdad que existe cierta resistencia a actuar cuando hay un problema, quizás también habría también que garantizar la seguridad personal de los profesionales porque es una profesión de riesgo hoy en día ser médico de urgencias y bueno, quizás eso la seguridad, el acceso y un refuerzo que habría que prolongarlo a hasta las 2 de la mañana incluido los festivos porque es un momento en que.. Que se nota que se retrasa se acumulan historias y.... y bueno en ese aspecto mejoraría sin duda. (Silencio) (Respecto a lo que comentabas sobre los pacientes, ¿ves que ha habido un cambio,.....) sí, yo veo eso hoy el día el paciente es más crítico, eso se ve, ohm también depende mucho de cómo se sienta el paciente en urgencias, es decir, si el paciente ve que está esperando dos o tres horas pues lógicamente ya va a entrar receloso al hospital en la consulta, si se agiliza el paso del enfermo hacia las consultas pues ya notas que el paciente se encuentra más confiado , más tranquilo, yo he leído hace

poco sobre las clasificaciones de los distintos tipo de pacientes y el paciente critico en encuestas que se han hecho en Europa y demás no superan más que el 14 o el 15 por ciento, ¿eh?. Aquí en la línea.... pues es posible que sea una población pues de otras características que no sea comparable con esas encuestas europeas... pero así.... aun así... tiene mucho que ver el cómo trate el hospital en su conjunto a ese paciente, no el profesional sino el acceso, el acceso debe estar más agilizado y eso se consigue pues con personal trabajando... en las consultas. Y.... me he dado cuenta de que existen 4, en puerta. En los últimos dos años pues... yo creo que se ha atenuado un poquito esa crítica del paciente hacia el profesional pero cuando llega las 23 de la noche ves tú que la gente se encuentra más nerviosa, no? yo no manejo el tema de las reclamaciones, pero posiblemente si se estudiase verían a lo mejor que muchas reclamaciones tienen que ver con la hora de las comidas, o con las horas ... o a lo mejor cuando nos vamos a comer siempre hay un médico menos en puerta y después del turno de 4 pasa a dos y esas son horas de mucha demanda. (¿ves que la actividad del equipo sigue la misma línea de acción, con los mismos protocolos?) si hay efectivamente existe un déficit un problema, no sé, los protocolos no se estudian protocolos de acción de actuación... ¿eh? debería crearse ya a lo mejor un protocolo de, actuación en los distintos procesos que existen en urgencias y.... tengo entendido que se estaba haciendo algo así, pero no sé en qué momento estará si esta adelantado o está atrasado, pero sí está claro que hace falta una unidad ahí, es decir que todo el muncho actuemos igual en los distintos problemas, (si me disculpas... le llaman por teléfono)

(Protocolos...) creo que deberíamos elaborar protocolos y.... organizar charlas sesiones clínicas para unificar... para disminuir la variabilidad clínica, (¿actualmente tenéis muchas reuniones?) actualmente reuniones de sesión clínica no existen, y eso es un problema debería haber un día a la semana quizás que... haya sesiones clínicas como se hacen en otros servicios. (¿Te sientes valorado en tu trabajo?) si no tengo problemas. (Silencio) (¿Estáis conectados con la dirección con vuestro coordinador más inmediato?) bueno yo te digo que estoy poquito lo que yo veo que no que no existen que existe mucha distancia en urgencias entre el médico y la dirección también es verdad que desde que esta el nuevo jefe veo que existe mas... ¿eh?... yo creo que existe más conexión ahora. Con el nuevo jefe, el nuevo jefe es una persona que se está involucrando bajo mi punto de vista. ¿eh? Y.... en urgencias... creo que está haciendo lo mejor posible se ve ahí que... ¿eh? que hombre que pues se preocupa. Y, pero claro yo no sé hasta qué punto la dirección respalda las decisiones del jefe o no, no lo sé. En este tema no puedo ayudarte. (El tema de formación continua) no existe inexistente cero, cero patatero. (Risas) (Intervención si quiere hablar algo) veo que ha cambiado algo, que existe un poco de mejor clima que no existen tantas tensiones entre los compañeros, entre la presión asistencial, pero... bueno, quizás... debería de valorarse....

antes comente que me sentía valorado, quizás estoy pensando en mi propio trabajo, pero a lo mejor pensándolo bien los propios compañeros no los veo que se les valore mucho ¿eh?, los compañeros de urgencias (¿en qué sentido?) en el sentido de que no... Que por ejemplo no les den formación continuada, no sé, no se crean dinámicas o sea no se hacen reuniones no se hacen cenas, por ejemplo, no se buscan laboratorios por ejemplo para charlas no se favorece la comunicación a lo mejor.... no? y eso habría a lo mejor quizás que fomentarlo y bueno también cuidar el aspecto de las horas puntuales, de mayor demanda asistencial que no. tampoco veo yo que exista alguna respuesta a eso. Ya te digo las horas esas a partir de las 23 de las 0 hasta las 2 de la mañana. y por lo demás ... la seguridad sobre todo la seguridad y el acceso de los familiares y enfermos no? no puede entrar gente colarse en observación como Pedro por su casa que le llame la atención y encima te conteste mal no? esa falta de educación esa falta de respeto eso de alguna forma seguridad tendría que evitarlo e incluso apoyar el aspecto legal si fuera necesario pero tú no puedes violar la intimidad del enfermo bajo ningún concepto es una cosa muy seria y eso no se está tomando serio aquí. (Aparte supongo que ralentizará el trabajo) si claro evidentemente, pero vamos yo me pongo en lugar de un enfermo de esos que está en el pasillo que lleguen 5 chavales con pendientes que se cuelan allí y nadie hace nada... y me parece supe indigno vamos.... (Silencio) la tolerancia tiene unos límites no? la tolerancia siempre acaba donde ya se viola el respeto de otra persona ¿no? dignidad y, y la dignidad, (no entiendo lo que dice) (fin)

ANEXO VI

MATRIZ DE CÓDIGOS CON CITAS OBTENIDAS A PARTIR DEL ANÁLISIS DE CONTENIDO REALIZADO EN LA PARTE CUALITATIVA DE LA INVESTIGACIÓN

CÓDIGO	CITA
Ambiente grupo de trabajo {30-0}	<p>Code: Ambiente grupo de trabajo {30-0}</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:2 (11:12) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>siempre que me comparen, que nos comparan, porque a nosotros siempre nos comparan,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:3 (15:16) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>entonces ya podrás más o menos comparar pero no comparar unos con otros</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:16 (44:45) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>la verdad es que lo mejor que tengo es el equipo; los compañeros</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:17 (45:45) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>el ambiente es excelente</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:18 (46:46) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>todos nos conocíamos previamente</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:19 (46:47) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>pues fue el principal motivo por el que entré; por sus referencias</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:20 (47:48) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>porque estaban ellos y, a nivel interno, es lo mejor que tenemos</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:23 (58:59) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>muy concentrado porque, si no, a lo mejor al día siguiente a</p>

<p>tu compañero lo hundes</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:31 (81:82) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>siempre trabajamos el mismo enfermero y el mismo médico; el equipo es cerrado</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:147 (371:373) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>no solapa nada con los compañeros; entonces eso sí que a lo mejor lo veo importante; porque esto aquí funciona por nosotros</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:148 (373:376) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>en otros sitios sí que me consta que es un desastre porque no tienen contacto ninguno y esto es un ciclo; como tu compañero haga algo mal, pues esto es como un compañero de piso: lo haces dos días; al tercer día no lo haces</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:151 (382:384) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>entonces, como no funcione o funcione muy bien, cuando haya uno o dos que rompan la cadena, esto es un desastre</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:152 (384:387) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>nosotros muy bien, muy bien; puntualmente a lo mejor sí tienes una asistencia a las 5 de la mañana o así, y no te da tiempo a reponer una medicación o un tubo o cualquier cosa...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:159 (404:410) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>muy buena, muy buena; yo con mi enfermera en particular llevo desde el primer día que empecé; y los demás igual... y ya incluso cuando hacemos algún cambio de turno o lo que sea, excelente, excelente.... yo siempre lo he dicho: lo mejor que tengo son mis compañeros, lo mejor, y siempre lo digo, y el peor soy yo; de todos mis compañeros, el peor soy yo.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:160 (410:414) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p>
--

	<p>Si no, sería imposible que funcionara esto. Funcionaria mal porque depende de la buena disposición de cada uno y de hacer bien el trabajo. Entonces eso es lo mejor y lo único, hombre, que, si tuviéramos un poco más de contacto, algún tipo de recepción, pues muy bien</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:185 (492:494) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>Trabajas solo; es como si trabajases solo. Al día siguiente viene otro y se ha ido otro anterior al día tuyo, con lo cual así el ambiente de trabajo es 0.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:190 (514:515) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>...o hacer mal tu trabajo, aunque haya sido el otro el que no lo haya hecho y tú te quedas igual de mal</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:191 (515:518) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>si tú vas con un enfermero que no sabe porque no está bien formado y no sabe coger una vía y yo tengo un paciente grave, la mala asistencia es mía; también yo soy muy responsable de eso</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:206 (585:586) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>aquí cuando te viene un sustituto ... lo pasas muy mal</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:213 (613:615) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>y se nota, y la gente lo pasa mal también. Hay gente nueva a la que a lo mejor al principio intentas ayudarlos, pero hay veces que dices: mira, esta persona no está para trabajar</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:390 (1800:1802) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>dentro del servicio de urgencias como tal, yo creo que sí, que existe buen clima en general, entre nosotros, a nivel personal y a nivel profesional</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:416 (1880:1883) (Super) Media: ANSI</p>
--	---

	<p>Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>veo que ha cambiado algo; que existe un poco de mejor clima; que no existen tantas tensiones entre los compañeros, entre la presión asistencial, pero... bueno, quizás... debería de valorarse...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:431 (1215:1216) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>aquí falta un poquito la mentalidad de equipo. Aquí yo he puesto muchas veces el símil de como el futbol</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:432 (1217:1219) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>el Madrid es el Madrid, pero como equipo funciona fatal. Pero tiene lo que tiene gracias a las individualidades; ese es el símil que yo encuentro con esto</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:435 (1225:1229) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>un equipo son varios y, entonces, el equipo tiene que tener cierto apoyo del resto; o sea, y no hablo de que esté fallando o si, no lo sé, no lo sé; personalmente me hacen ver que lo mismo no es el fallo de quien viene de arriba sino el fallo está entre nosotros mismos</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:439 (1234:1236) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>depende de las personas como norma general; bueno, no hay mal ambiente, ¿eh?, cuando afloran los problemas y eso... no sé, no sé</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:441 (1243:1244) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>es importante cuidar mucho lo que es el buen ambiente de equipo, que muchas veces no es el adecuado, por eso</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:442 (1246:1248) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>pues sensación, sensación de discriminación o discriminación real respecto a cierto grupo de personas del grupo, ¿eh?</p>
--	--

	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:445 (1254:1257) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>A la hora de hablar de determinadas temas, digamos extra-laborales, o sea, relacionados con el trabajo pero de organización económica, administrativa, que la gente no... no es... no sé. Aquí yo veo a la gente básicamente que está muy quemada</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:466 (1368:1371) (Super) Media: ANSI Codes: [Ambiente grupo de trabajo]</p> <p>pues muchas veces pues tu si quieres un equipo pues tienes que mantener a la gente implicada en lo que estás haciendo y saber ver el porqué de las cosas y no...</p>
--	--

CÓDIGO	CITAS
Coda: Características servicio {21-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:9 (29:32) (Super) Media: ANSI Codes: [Características servicio]</p> <p>es un trabajo muy distinto: yo soy médico de familia y lo mío es primaria y demás, y el mundo es muy distinto y demás, totalmente, no tiene nada que ver con la asistencia hospitalaria</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:10 (33:33) (Super) Media: ANSI Codes: [Características servicio]</p> <p>tiene unas peculiaridades muy específicas</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:11 (34:35) (Super) Media: ANSI Codes: [Características servicio]</p> <p>trabajas en la calle con muchísimos condicionantes externos</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:12 (35:37) (Super) Media: ANSI Codes: [Características servicio]</p> <p>aparte de lo sanitario, la asistencia tiene más problemática social y demás que de ambiente</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:13 (37:39) (Super) Media: ANSI Codes: [Características servicio]</p> <p>manejar el ambiente, o tratar un accidente de tráfico, o como un domicilio con agresivo en un barrio conflictivo</p>

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:22 (56:56) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Características servicio]

entonces estás en la calle; estás vendido

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:33 (85:85) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Características servicio]

hacemos guardias de 24 horas

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:198 (546:549) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Características servicio]

Durante la última guardia estaba yo a las 5 y media de la mañana en la autovía, con un coche volcado; un sábado y a esas horas, todo el que va, tremendo, y llegamos nosotros los primeros; ni guardia civil ni bomberos

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:212 (600:610) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Características servicio]

aparte que es eso; que aunque hayas trabajado en urgencias o en UCI; pero tú estás muy respaldado; no puedes coger una vía por lo que sea, y llamas a otro compañero y te apoya, te ayudan; hay un paciente grave y dos o tres enfermeros. Pero aquí eres tú y el otro; y para llevar el gotero te vuelves loco porque no hay manos; 4 manos para llevar la botella del enfermo con un carrito bajándolo, el gotero, los cables del electro, monitor, el respirador... y la botella de oxígeno pues a ver cómo lo haces; es eso, porque a lo mejor, por muy bien que tengas al paciente, pero luego como lo bajas, o no tiene ascensor, ¿que haces?

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:216 (674:678) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Características servicio]

hay una serie de consultas externas, y luego ya las camas de observación para gente que va a tener que quedarse más tiempo; que van a necesitar más tiempo de evolución sus cuidados; va a necesitar o incluso ya ingresa y tiene que pasar a planta

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:225 (699:700) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Características servicio]

es complejo; todos los servicios de urgencias son complejos

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:239 (717:720) (Super)

Media: ANSI

	<p>Codes: [Características servicio]</p> <p>es un servicio vivo. Entonces está dinámico y necesita, hay una serie de necesidades que van cambiando y que en la medida de lo posible que pueda estar la administración sensible a ellas pues...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:258 (794:797) (Super) Media: ANSI Codes: [Características servicio]</p> <p>en el funcionamiento de la urgencia, el que se instaurara una consulta que se llama de triaje (que es para clasificar a los enfermos según la gravedad que tienen), eso hace que se gestione de una manera ágil</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:259 (798:801) (Super) Media: ANSI Codes: [Características servicio]</p> <p>el poder diferenciar al que es grave del que puede esperar un poco; del que puede demorarse su asistencia un poco al que se debe de priorizarla, ¿no? En ese sentido, yo creo que se está funcionando bien, ¿no?</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:273 (882:883) (Super) Media: ANSI Codes: [Características servicio]</p> <p>urgencias es un sitio que quema mucho y... bueno, a veces rozas por un paciente, por una situación</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:291 (928:931) (Super) Media: ANSI Codes: [Características servicio] [Carencias]</p> <p>Hombre, necesidades... yo creo que hace falta espacio. El otro día salió en el periódico que van a poner dos consultas de pediatría, pero aquí nadie ha dicho nada</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:358 (1182:1184) (Super) Media: ANSI Codes: [Características servicio]</p> <p>Es más difícil; supongo que será por la zona.... porque, bueno, porque otros puntos como la incentivación básicamente económica, es el personal, ¿eh?, aquí la gente dura muy poco, ¿eh?</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:365 (1742:1742) (Super) Media: ANSI Codes: [Características servicio]</p> <p>hay muchísima demanda de asistencia</p>
--	--

	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:468 (1379:1381) (Super) Media: ANSI Codes: [Características servicio]</p> <p>tenemos formaciones distintas, o sea yo... lo que es el servicio de cuidados críticos de urgencias es muy variopinto, ¿no?</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:493 (1498:1501) (Super) Media: ANSI Codes: [Características servicio]</p> <p>porque el servicio de urgencias no es como planta, que dices: tengo tres y no van a entrar más; no, en cualquier momento te puede llegar cualquier paciente crítico y todas esas cosas</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt -- 2:43 (186:187) (Super) Media: ANSI Codes: [Características servicio]</p> <p>Vamos, la urgencia siempre ha sido un problema; pero yo pienso que se puede intentar mejorar</p>
--	--

CÓDIGO	CITAS
Code: Carencias {49-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:46 (109:111) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>la emergencia más o menos está clara; cuando la hacemos, es porque se ha filtrado mal,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:47 (111:111) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>porque el equipo está ocupado, inoperativo</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:48 (112:113) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>nos pasa bastante porque el 061 cubre una gran zona</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:74 (177:179) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>Luego, otro problema de accesibilidad es el de las sustituciones; que lo tienes que hacer normalmente en tus días libres</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:75 (179:180) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p>

	<p>no te cubren ni dietas ni desplazamientos; nada más que te pagan la inscripción del curso</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:76 (180:182) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>el curso es lo gratuito; entonces, tanto a nivel de horas, si son trabajando, tienes que cambiar la guardia; es muy difícil que te la cambien</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:77 (183:185) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>el año pasado nos hacían firmar cuando te inscribías a un curso; que renunciabas a ser sustituido como requisito</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:134 (321:323) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>todos son déficit; los que son de material, y todo lo demás: somos nosotros, la guardia; tenemos algo que hacer y nos ponemos los deberes</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:141 (344:345) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>como si te hacen trabajar de lunes a viernes y te dicen: no, las reuniones de empresa son los domingos; entonces, bueno y tu...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:149 (376:379) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>es que al día siguiente te lo encuentras peor y ya es una dejadez que es una guerra, y sigue habiendo sitios donde los compañeros van con la medicación en los bolsillos y no reponen más</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:150 (379:381) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>van a su bola y van cargados de la munición porque no la dejan; porque al día siguiente no está</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:241 (728:730) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>yo creo que no, no, la gente no tiene conocimiento exacto de</p>
--	---

	<p>si hay algo ya organizado al respecto</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:275 (885:887) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>últimamente hay un poco más de malestar porque, como todas las cosas, ahora que no hay médicos llegan médicos y exigen cosas que se le dan</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:278 (894:897) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>No, nunca hay sesiones clínicas y reuniones; reuniones sólo para protestar y esas cosas; nos reunimos, nos reunimos porque, bueno, nos reunimos nosotros, bueno</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:282 (901:905) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>yo pienso que el problema principal que tiene esto es que falta un jefe; un jefe que esté en urgencias, que esté todos los días, que coordine un poco, que vea lo que pasa todos los días; no que se entere por lo que le cuenten; eso estamos hartos de decirlo</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:283 (906:907) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>hicimos una carta, la firmamos todos, pidiendo a la dirección unos puntos; y no nos han hecho ni caso</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:284 (908:909) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>hombre, en general, falta gente</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:285 (909:912) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>hay 4 consultas, hay mucha demanda y... es que no hay más espacio, claro; es que no se pueden poner más consultas porque no hay donde verlos; pero tampoco hay médicos</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:291 (928:931) (Super) Media: ANSI Codes: [Características servicio] [Carencias]</p> <p>Hombre, necesidades... yo creo que hace falta espacio; el otro día salió en el periódico que van a poner dos</p>
--	--

	<p>consultas de pediatría, pero aquí nadie ha dicho nada</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:312 (987:989) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias] [Protocolo de actuación]</p> <p>el mayor defecto que yo le veo a esto es que no se siguen protocolos; que cada uno hacemos lo que nos da la gana; entonces es difícil exigirlos, ¿no?</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:332 (1063:1066) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias] [Relación con el Administrador]</p> <p>la verdad es que esto ha estado muy abandonado y, bueno, da igual que se sepa porque yo lo digo y, bueno, porque el jefe que ha habido no se preocupaba mucho, y el que hay ahora tiene demasiado trabajo para preocuparse</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:341 (1099:1100) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>no puedes priorizar muy bien y...</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:344 (1106:1109) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>a la hora de desayunar o de merendar, se queda un ATS para 4 consultas y, claro, si le tiene que sacar a las 4, pues media hora no se la quita nadie. Entonces, demora mucho. (Silencio). Falta personal</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:349 (1141:1144) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>a nivel de motivación, la primera importante; el segundo a nivel de organización; un tercero a nivel de número de personas que trabajan, a nivel de formación</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:351 (1157:1161) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>el problema... aquí hay un problema fundamental: que no hay engranaje; están las estrellas ninja que te las tiran de vez en cuando y, bueno, tú tienes que empezar a funcionar como un engranaje; pero a veces no tienes piezas con las que engranar.</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:354 (1173:1175) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p>
--	---

	<p>en cuanto a la organización, todos... son organización: personal, compromiso, motivación, o sea, que falta mucho por hacer</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:366 (1743:1746) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>entre las 23 de la noche y las 2 de la mañana, haría falta al menos una persona más; veo yo que hay deficiencias desde el punto de vista que yo conozco: urgencias</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:367 (1746:1751) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>el tema de observación, pues todo el mundo sabemos que existe un problema importante; que debido a una deficiente gestión de camas arriba, en medicina interna, ahí se acumulan muchísimos enfermos en pasillos, que ya están previamente ingresados pero que, por falta de camas, no lo pueden subir arriba</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:369 (1751:1754) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>con lo cual queda ahí una especie de colapso; muchísimas personas de fuera, de familiares, que invaden el área de trabajo para atender a sus familiares como es lógico, y demandando información</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:375 (1761:1765) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>dificulta nuestra labor; que yo creo que se debería ser más rígido en el control del acceso porque también, entre otras cosas, no solamente es nuestro trabajo, sino que pienso que también, de alguna forma, se está atentando contra la dignidad del enfermo</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:388 (1791:1795) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>Y claro... arriba también es verdad que faltan camas, entonces... esto tiene que... tienes que sacrificar otros servicios quirúrgicos interrumpiendo, suspendiendo muchas veces, ¿eh?, intervenciones quirúrgicas para poder ingresar a un paciente en medicina interna</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:389 (1796:1798) (Super) Media: ANSI</p>
--	---

	<p>Codes: [Carencias]</p> <p>Entonces, con la nueva medicina interna... bueno, quizás habría que estudiar a fondo qué es lo que está ocurriendo allí para poder buscar allí...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:394 (1814:1816) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>Seguridad; afortunadamente, no estaban abajo; hasta el año pasado, estaban arriba y, si había algún problema, estaban indefensos los profesionales</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:421 (1896:1899) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>la seguridad; sobre todo, la seguridad y el acceso de los familiares y enfermos, ¿no? No puede entrar gente, colarse en observación como Pedro por su casa, que le llames la atención y encima te conteste mal, ¿no?</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:444 (1250:1253) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>o no quieren estar bien preparados en el sentido de, no sé, o falta de compromiso, que no quieren estar por comodidad, por lo que sea, no quieren dar un paso más para avanzar, ¿eh?</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:480 (1442:1443) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>no puede ser; una misma unidad no puede ir a dos velocidades</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:489 (1487:1490) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>Porque, en parte, pues hay muchos problemas; veo que hay mucha demanda; atender a muchos enfermos porque viene mucho volumen de pacientes....</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:490 (1490:1492) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>eso que muchas veces te supera ¿no? el tener tantos pacientes. A veces se necesitan más médicos que te ayuden en determinadas áreas</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:491 (1492:1495) (Super) Media: ANSI</p>
--	---

	<p>Codes: [Carencias]</p> <p>cuando estás dentro, solo en esa observación, y con tantos pacientes y con tantas camas,... no lo puedes hacer bien por eso, porque te falta tiempo para cada uno</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:511 (1594:1596) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>es tiempo perdido porque el paciente puede estar bien, pero no te ha dado tiempo a verlos bien</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:516 (1618:1623) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>pero si tienes 20 esperándote y aporreándote en la puerta, en ese sentido, ves, eso sí, porque se cuele mucha gente; es un problema, problema muy grave, porque entran y no hay un control muchas veces de las personas, de los familiares que entren por un lado y por otro, que se te ponen en la puerta, que... eso pasa mucho</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:527 (1664:1664) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>...pero no nos han ampliado el personal</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:13 (47:50) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>sí porque falta gente o tú bajas y te encuentras solo, o no sabes quién va a venir, o no sabes si vendrá, que es un poco así todo al día, y entonces yo, eso, ... vamos... a mí es que no me gusta trabajar así</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:14 (51:54) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>a mí me gusta que esté más organizado o que, si tú tienes un día en observación, pues ese día vas; pero si no tienes, pues te quedas en UCI, pero no que te digan a media mañana: - baja; o por la mañana, cuando te ven: - baja abajo.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - - 2:18 (72:74) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>otro problema que tenemos es el de los traslados a otro hospital en cuanto a disponibilidad de ambulancia; de contar con el 061</p>
--	--

	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:19 (75:78) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>a lo mejor, tenemos una urgencia y tenemos que esperar dos horas como mínimo: una hora y media, dos horas para trasladar a un enfermo; o programamos un traslado del día anterior</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:20 (80:84) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>entonces eso; yo también lo veo un problema aquí porque tú eres un hospital que depende de otro; que no tienes todos los servicios aquí. Cuando te planteas algo urgente, pues sabes que lo urgente es relativo</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:21 (89:90) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p>yo creo que se plantean casi los mismos problemas en todos los sitios</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:46 (196:199) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias]</p> <p> vamos, pues esa porque no lo veo lógico y cada vez se amplía mas observación; pero no se amplía, se sigue quedando un médico; ahora estamos bajando nosotros de apoyo pero, eso lleva desde que yo he venido, creo</p>
--	---

CÓDIGO	CITAS
Code: comparativa con otros hospitales {1-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:373 (1757:1758) (Super) Media: ANSI Codes: [comparativa con otros hospitales]</p> <p>quizás en otros hospitales ves que eso está un poco más regulado</p>

CÓDIGO	CITAS
Competencias {32-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:25 (61:62) (Super) Media: ANSI</p>

	<p>Codes: [Competencias]</p> <p>las funciones son las asistencias extra-hospitalarias</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:26 (62:65) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>con el equipo móvil tenemos asistencias domiciliarias; todo lo que sea extra, fuera de los centros sanitarios tanto de centros de salud como de hospital, lo cubrimos nosotros</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:27 (65:66) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>tanto vía pública: todos los domicilios, instituciones, comisaría de policía, residencia de ancianos,...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:28 (71:72) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>Es la función que hacemos: la asistencia urgente y los avisos planificados del centro de salud</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:68 (161:162) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>de tu preparación, de tu estudios, de tu formación, a nivel individual, particular; tu estudio individual</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:118 (278:279) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>mucho de mi trabajo es asistencial fuera</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:144 (355:358) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>pero nuestro horario lo que pasa es también 100% asistencial si yo entro a las 9 y el móvil es mío y la persona es mía y hasta que no me voy a las 9 el trabajo es mío no lo cubre nadie</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:145 (358:362) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>yo lo hago todo, en un centro de salud tu entras a las 8 pero tu consulta empieza a las 8 y media y acaba a las 12 y media y luego si tienes una determinada urgencia pues</p>
--	---

	<p>tienes tu consulta para prepararte algo para estudiar, hemeroteca</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:146 (365:371) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>mis funciones las destinen como una función asistencial, preventiva, de educación para la salud, de investigación, yo mi 100% de mi jornada es asistencial estas casi siempre viendo paciente, entonces yo eso no lo puedo ni investigación ni nada, ni docente como dicen, y a lo mejor voy a un curso y si me llaman me voy, imposible, mi jornada 100% asistencial</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:153 (388:390) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>distinto es cuando viene personal sustituto, es un servicio muy distinto que un centro de salud es otro mundo porque aquí es que el bolso te lo tienes que saber de memoria.</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:155 (391:394) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>no tiene una disposición lógica porque el material esta aquí y si no lo sabes no lo sabes y en la ambulancia igual todo el mundo sabe que el material está allí, tienes que tener un conocimiento del medio de trabajo muy especial</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:156 (394:397) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>estas en el domicilio o en alguna situación emergente tú tienes que saber dónde está el glucómetro o como se enciende ese monitor o como se maneja el</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:157 (397:401) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>yo necesito que mis enfermeros lo sepan porque yo puede ser que mi primera asistencia puede que sea una emergencia y tener que des fibrilar a alguien y si el enfermero no sabe hacerlo ni poner los parches y...</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:158 (401:402) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>la cualificación del personal es muy distinta al resto. De conocimiento y de...</p>
--	---

<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:176 (464:465) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>Tienes que reponer de mantener materiales, revisar la ambulancia o de estudiar que no se ve</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:192 (519:520) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>yo entiendo que en nuestro trabajo tenemos mucha responsabilidad</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:194 (522:528) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>tu eres el jefe para lo bueno y para lo malo, entonces todas las decisiones son tuyas ya sean de tipo médicas o sociales si hay una situación peligrosa para el equipo pues tienes que decir nos vamos o si nos quedamos con policía aunque tu sepas que es en una emergencia en la que estas si tú ves que puede haber un peligro serio tú no puedes,... tu eres el responsable de tus compañeros</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:205 (583:586) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>tienes que conocer bien tu trabajo y confiar en tu compañero y él en ti, conocer muy bien tu trabajo y que trabajen bien sino... off aquí cuando te viene un sustituto ... lo pasas muy mal</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:214 (615:619) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>o no sé cómo ha dicho de venir aquí, es que no está preparada hay gente que lo notas hay gente que se queda bloqueado tú no estás para trabajar aquí , no estás para trabajar, necesitas experiencia en ese aspecto allí llegas y el primer día tienes que saberlo todo</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:215 (620:628) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>en la UCI llegas y preguntas oye cómo se enciende el monitor no allí no hay nadie allí o lo sabes tú o nada o se lo tengo que decir yo y si yo estoy atendiendo una situación grave yo no puedo estar explicándole como se hacen las cosas y si no sabe dónde está la ampolla de tal</p>
--

	<p>no lo sabe y si el tubo de (Benquin 20) no sabes que están aquí y no lo sabes y los parches del fibrilizado o lo sabes o no, pero tú tienes que llegar a las 9 y desde las 9 lo tienes que saber todo y si es la primera vez que vienes... pues no te digo nada...</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:217 (678:678) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>Seria atender la urgencia</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:244 (742:747) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>si, si aunque ellos estén regulados por sus bolsas y todo eso que salen los cursos que le hayan pedido, los requisitos mínimos que tengan para el puesto se supone que lo cumplen se supone que eso ya está definido y lo han cumplido, pero el trabajo,, bueno el trabajo para no caer en la rutina esa del día a día uno siempre necesita estímulos no,</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:268 (864:865) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>atender a todo el que venga por la puerta tenga o no tenga algo y ponerle el tratamiento y eso...</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:345 (1123:1125) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>bueno yo soy especialista en medicina intensiva ¿eh? con lo cual pues me hago cargo de lo que es el tratamiento del enfermo critico ¿eh?</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:360 (1717:1722) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>sí, bueno pues yo soy responsable de documentación médica, y... bueno pues llevo todo lo que es el tema del archivo, aspectos documentales del hospital, ¿eh? el contenido básico de datos, el análisis de los GNR y.... luego un poquito... ser fuente de información de los servicios médicos para su propia gestión</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:361 (1723:1725) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>Sí que garantizo la información. la hago a partir de las</p>
--	--

	<p>necesidades que tengan esos servicios o la dirección del hospital</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:428 (1205:1209) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>yo cuando he trabajado con gente, cuando mejor he trabajado es cuando yo he estado en .. ha entrado en un desastre y yo no he tenido que decir ni pio, todo el mundo iba donde tenía que ir y todo el mundo hacia lo que tenía que hacer,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:465 (1362:1368) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>sobre todo a parte independiente del personal médico el personal no facultativo o sea la enfermería mal, mal en el sentido.... que no que no.. En ese aspecto mal porque no... No tiene acceso a esa formación continuada como ellos quisieran sobretodo en muchas novedades técnicas de procesos que se hacen, todas las cuestiones de los procesos</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:469 (1381:1389) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>entonces hay gente que tiene una formación pero dentro de la gente que tenemos la misma función ¿eh?, hay gente que tiene distinto grado de formación no grado no grado se supone que es el mismo pero distinto tipo de formación, entonces muchas veces, no sé, no se hace lo que es la .. La recomendación científica, lo que es la medicina basada en evidencias, a veces no se hace, se hace porque siempre se ha hecho así, esas son muchas veces las respuestas que nos encontramos ¿eh?,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:483 (1470:1474) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>pues soy médico y trabajo en el servicio de urgencias en principio y... bueno, llevas a cabo ... el trabajo como un medico en urgencias, es... exactamente ... en observación por ejemplo por los turnos que tengo tareas en observación</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:510 (1591:1594) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>Luego hay mucha gente abajo que están ingresados que todavía pues eso que tienes que ver muchas historias del día anterior para, sino están ingresados para ver si han evolucionado.</p>
--	---

	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:525 (1659:1661) (Super) Media: ANSI Codes: [Competencias]</p> <p>me cuesta mucho hablar en público y todas esas cosas, a mi esas cosas me cuesta mucho, pero bueno yo creo que....</p>
--	---

CÓDIGO	CITAS
Componentes del equipo {3-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:220 (686:690) (Super) Media: ANSI Codes: [Componentes del equipo]</p> <p>se trabaja con enfermeros con auxiliares de enfermería, con los celadores seguridad también , con todos ellos pues se trabaja en equipo, hay mucho personal además es un servicio grande pues hay muchas personas,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:296 (944:945) (Super) Media: ANSI Codes: [Componentes del equipo]</p> <p>de enfermería si aumentado y de auxiliares también ha aumentado. Pero de medico...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:309 (977:977) (Super) Media: ANSI Codes: [Componentes del equipo]</p> <p>entran 5 por la mañana y salen 3 por la noche</p>

CÓDIGO	CITAS
Code: Comunicación {29-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:96 (234:236) (Super) Media: ANSI Codes: [Comunicación]</p> <p>Si pero no coincidimos en el tiempo y en espacio nunca (nunca) nunca o sea salvo los cambios de horario nunca</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:97 (236:236) (Super) Media: ANSI Codes: [Comunicación]</p> <p>tu entras a las 9 y el otro se va</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:105 (247:248) (Super) Media: ANSI Codes: [Comunicación]</p> <p>entonces los que nos hablamos es porque nos conocemos</p>

	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:106 (248:251) (Super) Media: ANSI Codes: [Comunicación]</p> <p>yo a lo mejor me quedo una hora más y desayuno con ellos, nos damos el relevo y nos contamos las cosas y con el siguiente igual ... pero no , no coincidimos en el espacio y en el tiempo como yo digo, ninguno....</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:111 (258:260) (Super) Media: ANSI Codes: [Comunicación]</p> <p>Y los compañeros los demás que quedemos que hablemos que quedemos nosotros que coincidamos a lo mejor en un curso</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:119 (279:280) (Super) Media: ANSI Codes: [Comunicación]</p> <p>si igual viene alguien a verme me tiro tres horas fuera</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:120 (280:283) (Super) Media: ANSI Codes: [Comunicación]</p> <p>empezamos a hablar y dentro de un minuto me suena el móvil y me voy ... entonces no, el contacto así telefónicamente pues la verdad que hablamos todo lo que podemos</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:137 (333:334) (Super) Media: ANSI Codes: [Comunicación]</p> <p>nosotros no tenemos ningún tipo de contacto</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:170 (448:450) (Super) Media: ANSI Codes: [Comunicación]</p> <p>cuando tenemos problemas y eso hago un poco de interlocutor con él, sino sería imposible</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:171 (451:453) (Super) Media: ANSI Codes: [Comunicación]</p> <p>por lo menos hablamos que menos una vez a la semana para decirnos como estas y saludarnos si no hay nada pues no hay nada pero....</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:183 (484:485) (Super) Media: ANSI Codes: [Comunicación]</p>
--	---

es un trabajo muy aislado, tú vas a tu trabajo te comes la guardia, vas a tu casa.

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:184 (485:490) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Comunicación]

Y si no te llevas bien con tu compañero ni comentas los casos ni los errores, ni los casos de uno que mejorar ni nada porque tú haces tú guardia tus pacientes te los comes solo no trabajas con nadie no tienes a nadie con quien consultar y cuando acabe la guardia te vas

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:274 (883:884) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Comunicación]

pero vamos yo creo que la comunicación y el trato es bueno, a veces

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:310 (978:980) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Comunicación]

los demás están libres entonces no van a venir todo el mundo a las sesiones clínicas a las 8:30 para irse a las 9 o a las 9:30,

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:382 (1774:1776) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Comunicación]

tengo entendido por lo que me cuentan mis compañeros que por la mañana no suelen bajar los internistas

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:408 (1864:1864) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Comunicación]

actualmente reuniones de sesión clínica no existen

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:409 (1864:1866) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Comunicación]

y eso es un problema debería haber un día a la semana quizás que... haya sesiones clínicas como se hacen en otros servicios.

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:420 (1888:1891) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Comunicación]

no se crean dinámicas o sea no se hacen reuniones no se hacen cenas por ejemplo, no se buscan laboratorios por

	<p>ejemplo para charlas no se favorece la comunicación a lo mejor.... no?</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:433 (1221:1223) (Super) Media: ANSI Codes: [Comunicación]</p> <p>hay reuniones lo que pasa es que la temática de las reuniones pues se trivializan mucho o sea que no, por eso por falta de compromiso, falta de iniciativa</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:443 (1248:1250) (Super) Media: ANSI Codes: [Comunicación]</p> <p>gente que no, no .., no se le puede, no se puede hablar de igual a igual porque digamos que estamos hablando idiomas distintos en cuanto... porque no están...</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:498 (1523:1525) (Super) Media: ANSI Codes: [Comunicación]</p> <p>falta gente pero también es muy difícil por los turnos que nos reunamos todos a la vez o sea que en ese sentido.</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:506 (1573:1577) (Super) Media: ANSI Codes: [Comunicación]</p> <p>hay personas que tú dices sí que compañeros que te dicen esto y esto y tú dices si para dentro o sea que y hay otros que pueden ser un poquito más me lo creo o no me lo creo o lo tengo que valorar yo otra vez a lo mejor en ese sentido y no sé yo creo que si se hace bien no esta tan mal como se hace,</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 2:4 (19:21) (Super) Media: ANSI Codes: [Comunicación]</p> <p>nosotros nos reunimos en sesión cuando... digamos ... por la mañana con el que esta saliente, que vamos nos expone que ha pasado en la guardia</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 2:5 (23:24) (Super) Media: ANSI Codes: [Comunicación]</p> <p>quedamos por la mañana temprano cuando vamos llegando y nos explica la guardia, y...</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 2:6 (25:28) (Super) Media: ANSI</p>
--	--

	<p>Codes: [Comunicación]</p> <p>nos repartimos los enfermos los vemos por la mañana y sobre las 12:30 antes de la visita de la 13:00 con el que esta saliente, pues le comentamos lo que hemos visto en el enfermo para que se quede para la guardia ya</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:7 (28:31) (Super) Media: ANSI Codes: [Comunicación]</p> <p>la información a la familia que pasa a la 1 de 1 a 2 la visita de la familia a los enfermos y luego para que se quede y sepa lo que ha pasado por la mañana,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:8 (34:37) (Super) Media: ANSI Codes: [Comunicación]</p> <p>si incluso tú estás viendo un enfermo por la mañana y tienes alguna duda de algo y se lo comentas al compañero que tiene y se puede incluso comentar antes de la sesión en sí.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:35 (151:152) (Super) Media: ANSI Codes: [Comunicación]</p> <p>no el que va a urgencias se reúne en urgencias y el que está en UCI se reúne en Uci</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:39 (174:175) (Super) Media: ANSI Codes: [Comunicación]</p> <p>si quieres que pasen a la hora no ves a los enfermos te fías de lo que te dicen los compañeros</p>
--	--

CÓDIGO	CITAS
Code: conflicto {12-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:276 (887:890) (Super) Media: ANSI Codes: [conflicto]</p> <p>O sea, tu eres médico y vienes abajo y dices si me das una interinidad me quedo sino me voy o si me pones ese turno me quedo sino me voy, y claro hay gente que está así y otros no, y claro eso crea conflicto sabes?</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:277 (890:893) (Super) Media: ANSI Codes: [conflicto]</p>

hay gente que acaba de llegar y le han dado una interinidad y hay gente que llevando más tiempo no se lo han dado entonces esas cosas siempre Crea recelo....

P 1: TRASCRIpcIONES.txt - 1:305 (966:968) (Super)

Media: ANSI

Codes: [conflicto] [Formación continuada]

si tu vienes a hacer aquí un curso o cualquier cosa tienes que hacerlo en tu tiempo libre los demás profesionales del hospital lo hacen en su jornada de trabajo ¿eh?

P 1: TRASCRIpcIONES.txt - 1:355 (1176:1179) (Super)

Media: ANSI

Codes: [conflicto]

fórmulas para intentar arreglar todo eso, eso vamos, eso lo saben todos digamos los responsables del servicio y del hospital pienso que lo saben, las formulas son muchas veces son , son muy fáciles, dejar a la gente que quiera trabajan que trabaje

P 1: TRASCRIpcIONES.txt - 1:395 (1817:1818) (Super)

Media: ANSI

Codes: [conflicto]

existe cierta resistencia a actuar cuando hay un problema,

P 1: TRASCRIpcIONES.txt - 1:426 (1192:1197) (Super)

Media: ANSI

Codes: [conflicto]

te encuentras con muchas, pero con muchísimas trabas ¿eh?, y luego hay gente bueno, independientemente de eso es que luego tú ves a gente aquí que funciona y otra gente que funciona pero que está un poquito cohibida porque es que no, no pueden salir o no la dejan salir o no deben salir

P 1: TRASCRIpcIONES.txt - 1:440 (1237:1241) (Super)

Media: ANSI

Codes: [conflicto]

se crea cierta tensión ¿eh? y bueno y yo pienso que no es bueno, para nada, en el momento que tu trabajas con tensión no trabajas cómodo no trabajas a gusto y aquí tenemos que tener una mente muy ligera y muy abierta tenemos que tener mucha agilidad mental

P 1: TRASCRIpcIONES.txt - 1:449 (1272:1275) (Super)

Media: ANSI

Codes: [conflicto]

como hay que trabajar aquí y lo que se trata es de comparar de porque allí sí y aquí no... No sé qué, como funcionamos

	<p>y dependemos de una misma jefatura y... pues entonces ahí también hay mucho recelo e incluso conflicto</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:475 (1420:1423) (Super) Media: ANSI Codes: [conflicto]</p> <p>el problema es que aquí como se hacen las cosas como se hacían... entonces los elementos nuevos pues somos un poquito,, pues visto como bichos raros y para que te metes en esto y esto porque y esto que anda ya, no sé qué no sé cuantos,</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:478 (1434:1435) (Super) Media: ANSI Codes: [conflicto]</p> <p>yo vamos si estuviera de mi mano yo quitaba a mucha gente e iniciaba esto a partir de ...</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:479 (1435:1441) (Super) Media: ANSI Codes: [conflicto]</p> <p>si pero muchas veces las cenizas están pegadas a ti te cuesta mucho trabajo, vamos estamos en ello, se empiezan a ver cosas lo que pasa es que claro, cuando digamos que es un 50-50 es como el juego de la cuerda a ver quién puede mas, y tampoco podemos ser un juego de la cuerda porque entonces entramos en conflicto dentro del mismo grupo-equipo,</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 2:37 (161:167) (Super) Media: ANSI Codes: [conflicto]</p> <p>la verdad es que pierden el tiempo ahí porque no hay una hora concreta de pase son todo aproximado y tú te agobias porque no te da tiempo a ver a los enfermos entonces yo creo que es un absurdo tener las visita una a las 9:30 otra a las 15:30 y el pase es a las 15:00 y otra después por la noche a las 22 o 22:30</p>
--	--

CÓDIGO	CITAS
Code: emergencias {1-0}	<p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:223 (694:695) (Super) Media: ANSI Codes: [emergencias]</p> <p>lo que llamamos la emergencia que son situaciones más críticas,</p>

CÓDIGO	CITAS
--------	-------

<p>Code: Especialidad profesional urgencias {2-0}</p>	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:226 (700:704) (Super) Media: ANSI Codes: [Especialidad profesional urgencias]</p> <p>y ahora pues se dan circunstancias de que están viniendo personal de distinta formación de distinta cualificación y entonces pues es complicado todo eso para atender a los pacientes y aun no existe tampoco una especialidad reconocida de médico de urgencias,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:242 (730:734) (Super) Media: ANSI Codes: [Especialidad profesional urgencias]</p> <p>no creo que todo el personal ya, no el médico sino yo creo que no tiene conocimiento exacto de que pasa, o como sería claro se está estudiando la carrera profesional a nivel del estado a nivel de Andalucía pero yo creo que la gente no sabe, no tienen bien definido</p>
--	--

CÓDIGO	CITAS
<p>Code: Expectativas profesionales {12-0}</p>	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:253 (781:783) (Super) Media: ANSI Codes: [Expectativas profesionales]</p> <p>que sepas que puedes confiar en tus compañeros que ellos confían en ti, es lo más importante, y...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:254 (780:781) (Super) Media: ANSI Codes: [Expectativas profesionales]</p> <p>que mi trabajo sea lo más útil posible para atender a los pacientes que vienen</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:255 (783:786) (Super) Media: ANSI Codes: [Expectativas profesionales]</p> <p>. yo espero que este plan que estáis actuando o estáis intentando elaborar y, pues que nos sirvan para organizarnos un poquito mejor, y si es posible que se protocolo rice más, ...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:256 (786:786) (Super) Media: ANSI Codes: [Expectativas profesionales]</p> <p>que la formación se tengan en cuenta</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:261 (809:811) (Super) Media: ANSI Codes: [Expectativas profesionales]</p>

piensas que hay pequeños detalles a todos los niveles que puede mejorar, pero eso es una herramienta importante de ayuda de trabajo para mí,

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:269 (866:869) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Expectativas profesionales]

algunos de nosotros nos gusta más la observación porque son enfermos críticos y enfermos... y no las tonterillas de la puerta que si le duele la garganta... o le duele la rodilla desde hace un año.

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:350 (1151:1157) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Expectativas profesionales]

me considero una persona con relativa experiencia y con criterio para diferenciar un poquito de lo que ha habido en un lado a lo que ha habido otro sabes, yo he llegado a sitios donde yo he sido una parte más del engranaje, umm y lo único que he hecho pues empezar a funcionar, ¿eh?, ha habido un momento que se me pedía que fuera más rápido, nunca más lento ¿eh?, y he ido y he funcionado

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:385 (1787:1789) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Expectativas profesionales]

yo espero que ahora pues esto cambie, con un servicio más jerarquizado que se pueda de alguna forma mejorar esa gestión y habría que dar un plazo no

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:434 (1223:1225) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Expectativas profesionales]

tu pues se te pueden tener muchas cosas pero claro solo no se puede funcionar un equipo no es uno,

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:462 (1355:1358) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Expectativas profesionales]

tenemos nuestras inquietudes y eso y cada uno debe intentar de cierta forma buscarse un poquito lo que es la formación que uno necesita. o que requiere, independientemente de eso,

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:476 (1425:1426) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Expectativas profesionales]

	<p>yo pienso que tiene gente que quiere que esto salga para allante</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:521 (1646:1649) (Super) Media: ANSI Codes: [Expectativas profesionales]</p> <p>... hoy por ejemplo a mí me gusta veo un crítico y lo saco adelante para mí es una gran satisfacción por ejemplo y me encuentro muy bien</p>
--	--

CÓDIGOS	CITAS
Familiares {1-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:372 (1752:1757) (Super) Media: ANSI Codes: [Familiares]</p> <p>familiares que invaden el área de trabajo para atender a sus familiares como es lógico y demandando información, veo que también en ese aspecto con respecto al tema de familiares veo que existe faltas de control, ¿eh?, en el acceso de los familiares no está regulado ese acceso, existe un poco de anarquía,</p>

CÓDIGO	CITAS
Formación continuada {36-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:69 (163:164) (Super) Media: ANSI Codes: [Formación continuada]</p> <p>luego lo que es a través de la formación continuada de los cursos que hagamos y demás y conozcamos</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:70 (165:166) (Super) Media: ANSI Codes: [Formación continuada]</p> <p>la formación continuada es la que nos facilita el distrito el distrito sanitario</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:71 (167:169) (Super) Media: ANSI Codes: [Formación continuada]</p> <p>anualmente dentro del plan andaluz de urgencias existe un plan de formación y establece un calendario que lo realiza actualmente</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:72 (169:173) (Super) Media: ANSI Codes: [Formación continuada]</p> <p>es el centro de formación de la junta de Andalucía, de formación interna de los trabajadores oferta una serie de</p>

cursos con un calendario, con el contenido y la fecha de realización y el sitio, lo oferta y tú a través de tu distrito realizas la inscripción y te lo conceden o no te lo conceden.

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:73 (174:175) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Formación continuada]

si solicitarlo en un principio si lo que pasa es que ninguno es esta zona, porque casi todos son fuera

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:78 (185:186) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Formación continuada]

ya hubo alguna vez que te aceptan a un curso el distrito paga el curso y luego tú dices que tú no te vas

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:79 (187:191) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Formación continuada]

si encima te vas 24 horas tres días y tienes que hacer la guardia el día antes para cambiarla irte tres días y volverá hacer otra guardia, entonces como tienen pagado el curso y decías tu que no ibas perdías el dinero entonces ya a partir de entonces te hacían firmar un papel rechazando todo eso

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:80 (191:192) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Formación continuada]

entonces eso si esa accesibilidad no la tiene

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:81 (193:194) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Formación continuada]

lo que es dietas y desplazamientos no se cubre.

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:82 (197:200) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Formación continuada]

por ejemplo el ultimo que yo hice pues tienes que era al día siguiente de una guardia mía, estar 24 horas, hasta las 9 le tiene que pedir a un compañero que entre dos horas antes y te toca irte a las 7 de la mañana irte 150 kilómetros

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:83 (201:205) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Formación continuada]

estar allí toda la mañana sentado y al día siguiente también no solamente es no ir a trabajar un día sino que el aprovechamiento del curso lo limitan muchísimo estas pagando un curso , 24 horas sin dormir estas ahí que estas zumbado y esto es una pena porque esto vale un dinero

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:84 (205:207) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Formación continuada]

vale menos el día de mi sustitución que el curso pagas el curso pero no me sustituyes estas pagando un curso que yo ni me entero

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:85 (208:208) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Formación continuada]

la formación continuada funciona así

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:86 (208:209) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Formación continuada]

luego a nivel interno si se ha organizado algún curso,

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:87 (208:210) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Formación continuada]

a nivel interno si se ha organizado algún curso, un curso al año se suele organizar, el de este año se organiza la semana que viene

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:88 (212:215) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Formación continuada]

Yo ya lo hice en su momento y aunque luego me lo han ofrecido digo yo no lo hago más, porque más o menos el nivel lo tengo y no voy a hacer el curso otra vez si es lo mismo.

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:162 (418:421) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Formación continuada]

tema de la formación pues si es otra cosilla que bueno.... que siempre ha estado a expensas de nuestros días libres de turnos y de tu dinero, excepto la matricula del curso que bueno...

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:164 (430:431) (Super)

Media: ANSI

	<p>Codes: [Formación continuada]</p> <p>tengo que pagar gasolina., la comida ,el alojamiento te lo pagas todo</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:165 (434:435) (Super) Media: ANSI Codes: [Formación continuada]</p> <p>.... muchas veces dices el saber no ocupa lugar pero si cuesta dinero.....</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:230 (194:196) (Super) Media: ANSI Codes: [Formación continuada]</p> <p>Entonces esa accesibilidad si la tiene limitada. Porque aquí un curso un par de ellos si se suelen traer</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:245 (750:754) (Super) Media: ANSI Codes: [Formación continuada]</p> <p>actualmente la verdad yo creo que no hay lo suficiente y,, bueno y el participar en actividades científicas pues yo como médico pues en las distintas reuniones que haya a nivel nacional o internacional que lo haya , en otro tipo de trabajo como el de todos, los congresos, son,, quizás no estamos todavía presentes,</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:303 (961:962) (Super) Media: ANSI Codes: [Formación continuada]</p> <p>y la formación y eso... la verdad que esta un poquillo así...</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:305 (966:968) (Super) Media: ANSI Codes: [conflicto] [Formación continuada]</p> <p>si tu vienes a hacer aquí un curso o cualquier cosa tienes que hacerlo en tu tiempo libre los demás profesionales del hospital lo hacen en su jornada de trabajo ¿eh?</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:306 (968:971) (Super) Media: ANSI Codes: [Formación continuada]</p> <p>yo pertenezco a una... a ver como se llama, la comisión de infecciosos del hospital. Y nos reunimos cada x tiempo para... y... yo tengo que venirme días libres porque además si estoy trabando no puedo venir,</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:307 (972:976) (Super)</p>
--	--

	<p>Media: ANSI Codes: [Formación continuada]</p> <p>después tú no puedes pedir permiso para un curso porque tienes que encontrar quien te lo haga, tu trabajo y después devolvérselo claro o venderlo y te cuesta el dinero, o sea que es complicado, la formación en urgencias es muy complicado</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:308 (976:977) (Super) Media: ANSI Codes: [Formación continuada]</p> <p>las sesiones clínicas son muy complicadas, porque claro,....,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:415 (1879:1880) (Super) Media: ANSI Codes: [Formación continuada]</p> <p>no existe inexistente cero, cero patatero.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:419 (1887:1888) (Super) Media: ANSI Codes: [Formación continuada]</p> <p>en el sentido de que no... Que por ejemplo no les den formación continuada</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:461 (1351:1355) (Super) Media: ANSI Codes: [Formación continuada]</p> <p>nosotros tenemos por nuestra formación, tenemos la sociedad, e incluso los visitantes médicos dicen mira hay tal cosas ,o sea hay muchas opciones de formación lo que pasa es que no somos ya ni colegiales ni estudiantes ni nada de eso que mira toma... tenemos que estar ,,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:463 (1358:1360) (Super) Media: ANSI Codes: [Formación continuada]</p> <p>pienso yo que lo que es la institución como tal ¿eh? debe ofrecer unos mínimos de formación continuada</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:464 (1360:1362) (Super) Media: ANSI Codes: [Formación continuada]</p> <p>sinceramente no lo sé, he visto aquí algún tipo de curso, pero bueno los residentes y la gente pues,,, echan falta más cosas,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:467 (1371:1376) (Super)</p>
--	---

	<p>Media: ANSI Codes: [Formación continuada]</p> <p>. Sobre todo formación, bueno aparte del personal facultativo que tenemos un acceso un poco más. Más fácil entre comilla, el personal no sanitario, perdón el personal no facultativo, enfermería yo pienso que sí, que esa gente debería tener más mucho y mejor acceso y algo más... más activa lo que es la formación.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:532 (1686:1688) (Super) Media: ANSI Codes: [Formación continuada]</p> <p>tampoco hay tanto curso yo creo que faltan cursos a mí me gustaría hacer pero muchas veces te piensas...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:533 (1688:1690) (Super) Media: ANSI Codes: [Formación continuada]</p> <p>falta personal entonces si quieres sustituir una guardia porque quieres cambiarlo siempre hay problemas para poder ir a un curso</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:32 (135:136) (Super) Media: ANSI Codes: [Formación continuada]</p> <p>se facilita pero.... según lo que he visto hasta ahora a unos más que a otros,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:33 (135:138) (Super) Media: ANSI Codes: [Formación continuada]</p> <p>se facilita pero.... según lo que he visto hasta ahora a unos más que a otros, (¿y eso por qué? de qué depende?) pues del tipo de amistad, y eso tampoco me gusta, pero bueno,</p>
--	---

CÓDIGO	CITAS
funcionamiento del servicio {16-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:260 (803:808) (Super) Media: ANSI Codes: [funcionamiento del servicio]</p> <p>un filtro previo y ya se redistribuye hacia las consultas externas que es en el caso que algo puede ser demorado un minuto una hora, a lo que tenía que ser atendido como paciente crítico con una cama de critico monitores, una serie de cuidados que sepas que le tienes que dispensar de una manera más urgente no? y más rápida,</p>

	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:299 (949:952) (Super) Media: ANSI Codes: [funcionamiento del servicio] [Valoración trabajo realizado]</p> <p>yo creo que funciona porque los que trabajamos aquí nos preocupamos por el servicio y por todas esas cosas, cuando falta alguno nos llamamos el uno al otro pues vente para acá...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:339 (1089:1093) (Super) Media: ANSI Codes: [funcionamiento del servicio]</p> <p>ahí el paciente llega, bueno sale por la impresora la historia le sale a un ATS en un despacho que tiene al lado de la sala de espera del paciente, del triaje, lo le toma las constantes apunta lo que tiene y todas esas cosas y lo nivela, nivel 1, nivel 3 y nivel 4, y.... te lo pasa a consulta,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:342 (1100:1102) (Super) Media: ANSI Codes: [funcionamiento del servicio]</p> <p>hay 4 consulta y dos ATS con lo cual si le pides pruebas complementarias pues a esperar,...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:363 (1732:1734) (Super) Media: ANSI Codes: [funcionamiento del servicio]</p> <p>bueno el servicio veo en general que comparado si me remito a ... los primeros años en los que yo estuve pues veo que... que el sistema ha mejorado algo,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:364 (1735:1739) (Super) Media: ANSI Codes: [funcionamiento del servicio]</p> <p>hay más personal de apoyo en las puertas, hay 4 profesionales ahora diariamente, y... y,, bueno con respecto a hace tres años ha mejorado mucho pues ha mejorado mucho porque antes eran solo 3 profesionales los que había, y... bueno pues... sigue habiendo deficiencias quizás..</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:379 (1772:1773) (Super) Media: ANSI Codes: [funcionamiento del servicio]</p> <p>El proceso hasta que se encama no es ágil.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:424 (1186:1188) (Super) Media: ANSI</p>
--	--

	<p>Codes: [funcionamiento del servicio]</p> <p>luego esta otra gente vamos como yo pues particularmente hablo de que yo pienso de es esto peor no puede estar, ¿eh?, esto nada más que puede ir para adelante</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:425 (1189:1190) (Super) Media: ANSI Codes: [funcionamiento del servicio]</p> <p>yo pienso que tal como está, que partiendo de la base de lo que yo ya tengo visto, esto peor ya no puede estar</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:452 (1289:1299) (Super) Media: ANSI Codes: [funcionamiento del servicio]</p> <p>conforme entra el enfermo por la puerta de urgencias ¿eh?, si no viene inestable... claramente inestable pasa por la consulta de triaje, se le toman las constantes se le pregunta que le pasa y dependiendo de la valoración del enfermero o del personal que este en triaje ¿eh?, se nos consulta más rápidamente a los médicos o no, sino pasa al área de críticos de observación ¿eh?, donde se le atiende de forma inmediata, se le da una solución por el médico que este en observación y en función del médico si somos nosotros lo atendemos nosotros mismo o si no se lo consultamos al intensivista para tratar de darle una solución al problema,</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:453 (1301:1305) (Super) Media: ANSI Codes: [funcionamiento del servicio]</p> <p>Cuando funciona no es malo, no es malo, puede ser mejorable, malo no es, mejorable... en.... el triaje básicamente... un triaje..... Um!, algo mas... no sé, exactamente, es la,.. Clave es el triaje, ¿eh? para identificar claramente al enfermo que esta grave ¿eh?</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:454 (1306:1311) (Super) Media: ANSI Codes: [funcionamiento del servicio]</p> <p>hay muchos enfermos que se pasan ¿eh? porque puede ser patológico, que se pasan, entonces ser visto rápidamente en una consulta no que tarden, mucho tiempo aunque luego después de esa consulta tengan que esperar pero se ha discriminado rápidamente como pasar un segundo filtro pienso yo.</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:474 (1412:1418) (Super) Media: ANSI Codes: [funcionamiento del servicio]</p>
--	---

	<p>yo vengo o sea venir de otro lado pues te lo comentaba al principio me da una visión global de cómo son o como deberían ser las cosas, o sea una visión global de cómo son las cosas que funcionan no como son las cosas que yo me creo que van a funcionar sino que yo no trato de inventar o de hacer invención sino que las cosas funcionasen bien en otros lados en sitios muy similares</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:477 (1427:1432) (Super) Media: ANSI Codes: [funcionamiento del servicio]</p> <p>yo pienso que a partir de esto, son digamos las cenizas, a partir de aquí tiene que resurgir esto, como el ave fénix, resurgir a partir de las cenizas, esto está ya muy quemado y esto y esto hay ... y digamos siendo muy drástico quitar el resto lo que este quemado y a partir de las cenizas empezar de nuevo,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:503 (1550:1554) (Super) Media: ANSI Codes: [funcionamiento del servicio]</p> <p>cuando llega se le hace primero un triaje que es con enfermería que es cuando llega y hay unos niveles de gravedad del paciente podíamos decir y ya va pasando dependiendo de eso pues pasaría a consulta o pasaría a observación.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:504 (1554:1558) (Super) Media: ANSI Codes: [funcionamiento del servicio]</p> <p>se nos pregunta muchas veces si el médico esta en observación o no, si creemos nosotros que debería de entrar dentro y entonces pasa ese paciente a menos que venga el paciente en camilla que no se pueda levantar o que venga mal y esos pasan directamente</p>
--	--

CÓDIGO	CITAS
funciones {8-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:266 (856:860) (Super) Media: ANSI Codes: [funciones]</p> <p>las funciones normales pues... la de casi todo el mundo porque casi todo el mundo hay días que está en la puerta en ,en como si digérimos en ambulatorio en consulta viendo las consultas y otra parte de días estas en observación con los pacientes ingresados vamos ingresados en observación</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:267 (860:863) (Super) Media: ANSI</p>

	<p>Codes: [funciones]</p> <p>la función es atender a todo el que llegue, vamos, tanto en la puerta como en la observación y bueno tratar a los pacientes y llamar a los especialistas cuando hacen falta</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:346 (1125:1131) (Super) Media: ANSI Codes: [funciones]</p> <p>dentro del hospital ¿eh? y eso de dentro del hospital lo matizo porque hay gente que no entiende eso ¿eh? nuestra, mi labor es un poquito más ¿eh?, nuestra labor debe ser general ¿eh? atiando a los enfermos críticos en la UCI y atiando a los enfermos críticos de observación de Urgencias ¿eh? conforme te entran malos por la puerta, esa es la función mía en el hospital a grandes rasgos</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:484 (1474:1475) (Super) Media: ANSI Codes: [funciones]</p> <p>pues llevo a los enfermos que están encamados cuando estoy dentro</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:485 (1475:1476) (Super) Media: ANSI Codes: [funciones]</p> <p>cuando en el turno me toca fuera en puerta pues atender a los pacientes que entran.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - - 2:1 (10:13) (Super) Media: ANSI Codes: [funciones]</p> <p>pues asistenciales básicamente, atender los enfermos en UCI y las guardias que nos vayan tocando y alguna vez bajamos a observación alguna vez a la semana, por la mañana o nos puede también tocar por la tarde y también asistencial.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - (14:16) (Super) Media: ANSI Codes: [funciones]</p> <p>Si pues ver enfermos poner tratamiento, eso básicamente más que otros campos que podría ser investigación que por ahora poco,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - (16:17) (Super) Media: ANSI Codes: [funciones]</p> <p>vamos que básicamente es ver enfermos o en UCI o en Observación</p>
--	---

CÓDIGO	CITAS
Infraestructura/recursos {27-0}	<p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:1 (672:674) (Super) Media: ANSI Codes: [Infraestructura/recursos]</p> <p>yo soy médico de urgencias y aquí se atiende tanto toda la atención urgente, que es tanto urgente como más emergente</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:21 (49:50) (Super) Media: ANSI Codes: [Infraestructura/recursos]</p> <p>todos los equipos móviles trabajamos con un material muy limitado</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:94 (225:229) (Super) Media: ANSI Codes: [Infraestructura/recursos]</p> <p>no tenemos enfermería, no tenemos auxiliares no tenemos personal administrativo, no tenemos celadores,.... lo hacemos todo nosotros, nosotros estamos él médico y el enfermero y punto... se va uno y viene otro y ya está,</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:95 (229:232) (Super) Media: ANSI Codes: [Infraestructura/recursos]</p> <p>si hay un auxiliar del centro de salud que nos ayude a reponer pero el resto si cuando falta bombonas de oxigeno soy yo el que tiene que llamar a la empresa y pedirla yo</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:227 (50:53) (Super) Media: ANSI Codes: [Infraestructura/recursos]</p> <p>nosotros vamos con ... si hay algún fármaco pues llevamos 3 ampollas y si se gastan 3 no hay ninguna otra entonces no buscas en el hospital ... no buscas nada ,... porque es lo que tienes, e</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:228 (53:57) (Super) Media: ANSI Codes: [Infraestructura/recursos]</p> <p>entonces tienes que llevar tres y si gastas una y tienes que poner otra pues al momento porque no hay otra es como la munición o lo haces así o no tienes nada con que disparar, entonces estas en la calle estas vendido y tienes que hacerlo y entonces eso , estas en un mundo muy, ...</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:231 (317:321) (Super) Media: ANSI Codes: [Infraestructura/recursos]</p>

porque nosotros la buena disposición, buena o mala de nosotros si yo falta tal medicación yo tengo que decirle a la auxiliar pídemelo, o antes hacíamos nosotros todo absolutamente, cargar la batería del equipo, revisarlo entero

P 1: TRASCRIpciones.txt - 1:257 (790:793) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Infraestructura/recursos]

en cuanto a la infraestructura física del centro? (si)bueno yo creo que en eso el acceso es libre y la posibilidad además de que está instaurada la consulta de triaje

P 1: TRASCRIpciones.txt - 1:287 (914:918) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Infraestructura/recursos]

es que tiene lo que tiene una planta de medicina interna y de agudos, y gente inestable, además sino hay camas en el hospital se quedan abajo, 4 o 5 días 6 o una semana, o sea que es que hay mucha muchas deficiencias, entonces,

P 1: TRASCRIpciones.txt - 1:288 (918:919) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Infraestructura/recursos]

Personal y material también. Nos falta material

P 1: TRASCRIpciones.txt - 1:289 (919:922) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Infraestructura/recursos]

pues un pulsímetro para los niños, por ejemplo, hay una sala de pediatría que si tú la ves se te cae el alma a los pies, es un cuartucho lleno de mierda...

P 1: TRASCRIpciones.txt - 1:290 (925:927) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Infraestructura/recursos]

La sala de parada es pequeñísima, las puertas no corren bien, tienen que entrar dar la vuelta y meterse, si metes la camilla la cama no cabe o sea que es que....

P 1: TRASCRIpciones.txt - 1:292 (932:936) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Infraestructura/recursos]

el espacio es importantísimo si vamos a ver a los niños poner en condiciones la sala de pediatría porque es que es un sitio allí, una bombona de oxígeno y unos azulejos porque eso era la sala de esto de... esto de celadores que tenían un montón de cosas pegadas, agujeros... y todo y

	<p>esta igual.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:293 (937:938) (Super) Media: ANSI Codes: [Infraestructura/recursos]</p> <p>la consulta 4 tendrá 2 por 2 metros por ahí, un carrito apenas cabe</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:294 (937:941) (Super) Media: ANSI Codes: [Infraestructura/recursos]</p> <p>la consulta 4 tendrá 2 por 2 metros por ahí, un carrito apenas cabe. Porque no era una consulta era una sala de curas y como hacía falta más consultas pues la habilitaron como consulta, o sea que de espacio estamos mal,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:333 (1067:1071) (Super) Media: ANSI Codes: [Infraestructura/recursos]</p> <p>esto está muy limitado de camas, muy limitado de espacio, muy limitado de médicos y si se pone uno malo se queda una consulta menos o se arma un follón en la puerta porque bueno esto es un poco peculiar</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:386 (1791:1792) (Super) Media: ANSI Codes: [Infraestructura/recursos]</p> <p>arriba también es verdad que faltan camas,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:450 (1280:1286) (Super) Media: ANSI Codes: [Infraestructura/recursos]</p> <p>el centro el centro es antiguo se nota que es antiguo, tiene unas infraestructuras que en algunos aspectos son deficientes en cuanto a nivel, ,,a material físico, a mobiliario, ¿eh? luego hay ... pues las dependencias son obsoletas ¿eh?, algunas no son funcionales en absoluto, no guardan el más mínimo grado de , de intimidad para el paciente, ni para la información, ni para nada. a nivel... técnico... no está mal</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:451 (1287:1287) (Super) Media: ANSI Codes: [Infraestructura/recursos]</p> <p>la infraestructura es mala (</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:526 (1663:1664) (Super) Media: ANSI Codes: [Infraestructura/recursos]</p>
--	---

Bueno ahora mismo han hecho unas obras abajo nos han ampliado...

P 1: TRASCIPCIONES.txt - 1:528 (1665:1668) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Infraestructura/recursos]

hay una cuarta consulta abajo que es muy chica por ejemplo, esa consulta es muy pequeña para poder llevar la consulta, si entras un carro ya no entra el familiar... la camilla al revés, es horrorosa esa ...

P 1: TRASCIPCIONES.txt - 1:529 (1670:1671) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Infraestructura/recursos]

a mí por lo menos personalmente no me gusta te agobia mucho no tiene ventilación

P 1: TRASCIPCIONES.txt - 1:530 (1672:1678) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Infraestructura/recursos]

además, está al lado de la sala de triaje y esta la gente hablando y muchas veces si tú hablas mal yo creo que te escuchan de fuera y bueno a mí me ha pasado pasar dentro y escuchar a los de fuera diciendo porque acabo de ver a ese paciente y enterarme de todo y ahí te das cuenta la verdad que te das cuenta de otras cosas porque hablas con ellos y te dicen si, si y salen y cuando salen ...

P 1: TRASCIPCIONES.txt - 1:531 (1681:1684) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Infraestructura/recursos]

Pero si cambiaria cosas, el cuarto de parada también que tampoco está muy bien puesto, el cuarto de parada que tenemos de entrada que tampoco ... y...

P 1: TRASCIPCIONES.txt - (95:95) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Infraestructura/recursos]

yo creo que se está mejorando en cuanto a infraestructura

P 1: TRASCIPCIONES.txt - (97:99) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Infraestructura/recursos]

de arriba está mejorando la cuestión técnica también, que estaba eso un poco abandonado pero vamos necesita más.... mejorar

P 1: TRASCIPCIONES.txt - (176:179) (Super)

	<p>Media: ANSI Codes: [Infraestructura/recursos] [relación con otros servicios del hospital]</p> <p>se hacen ingresos en medicina interna que a lo mejor pueden tirarse 3 días en urgencias porque no tiene cama arriba y ahí se van acumulando y a lo mejor tienes 10 ingresados entonces claro</p>
--	---

CÓDIGO	CITAS
Mejoras {38-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:136 (332:332) (Super) Media: ANSI Codes: [Mejoras]</p> <p>mejoraría un poco lo que es la integración de los compañeros</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:138 (337:339) (Super) Media: ANSI Codes: [Mejoras]</p> <p>una hora de solape para reuniones internas para formación continuada, para lo que sea, para pasarse el relevo para todo, algo de solape</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:140 (339:342) (Super) Media: ANSI Codes: [Mejoras]</p> <p>por lo menos se ven y tienen una hora que no es asistencial eso sería muy importante una forma de reunión periódica o lo que sea, las que nos hacían antes eran reuniones periódicas si pero en mis días libres</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:161 (414:417) (Super) Media: ANSI Codes: [Mejoras]</p> <p>que a nivel interno por lo menos rotara o, aunque fuera una persona pero por lo menos que fuera pasando por los distintos turnos comentando que te hace falta como estas,.... no lo tenemos.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:163 (424:429) (Super) Media: ANSI Codes: [Mejoras]</p> <p>yo voy al curso un día libre pero yo quiero que la administración cuando me toca trabajando que lo vean ellos, yo no pido otra cosa, no pido que si yo tengo un día libre yo no quiero que me paguen ese día yo voy y lo pongo.... pero al revés también lo quiero y la dieta hombre</p>

	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:166 (435:437) (Super) Media: ANSI Codes: [Mejoras]</p> <p>pues entonces es algo que también así mejoraría y la verdad que lo otro la coordinación</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:233 (706:707) (Super) Media: ANSI Codes: [Mejoras]</p> <p>luego aquí pues también el servicio a lo mejor sí que está necesitado de una serie de reformas y de organización</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:234 (708:710) (Super) Media: ANSI Codes: [Mejoras]</p> <p>en general, el trabajo habría que reunirse y... definir un poco las funciones de cada uno de ...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:237 (713:714) (Super) Media: ANSI Codes: [Mejoras]</p> <p>estar más pendiente de las necesidades que pueda tener los trabajadores,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:238 (714:717) (Super) Media: ANSI Codes: [Mejoras]</p> <p>uno quiere siempre hacia adelante y quiere que sea mejor, yo creo que la gente va a trabajar más contenta y mejor si ve que se le atienden determinadas cosas que se van necesitando el día a día</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:240 (722:726) (Super) Media: ANSI Codes: [Mejoras]</p> <p>probablemente ese sea uno de los problemas que habría que solucionar, convendría que fuéramos capaces de mejorar la organización, definir esas tareas, reunirse, ¿eh?, hacer ,, esa determinación o de las cosas que puedan ser más necesarias ... y.... la formación también</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:243 (737:741) (Super) Media: ANSI Codes: [Mejoras]</p> <p>quizás periódicamente pues los mismos profesionales que estamos ahí pues podíamos hacernos cargo de nuestro personal no, eso de enfermeras auxiliares, celadores, vendría bien que tuvieran ese tipo de formación no?</p>
--	---

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:246 (755:761) (Super)
 Media: ANSI
 Codes: [Mejoras]

aquí se está trabajando y se está trabajando al día a día y es bueno que nos pongamos en contacto unos profesionales con otros e intercambiamos nuestra experiencia se aprende siempre así, además, bueno por ver contraponen un poco lo que hace uno lo que hace el otro y además de que sirve bien para la relación personal también eso es lógico, (

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:251 (774:777) (Super)
 Media: ANSI
 Codes: [Mejoras]

se tienen aquí los medios con los que cuenta el estado o la autonomía en este caso,... quizás necesitarían aprender a valorar eso no? Si se debería de hacer alguna campaña en ese sentido no? respecto a eso.

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:302 (958:960) (Super)
 Media: ANSI
 Codes: [Mejoras]

yo mejoraría por ejemplo el personal, los médicos aumentarlos con las consultas, por lo menos una consulta mas y de noche que se quedan dos nada más.

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:323 (1032:1033) (Super)
 Media: ANSI
 Codes: [Mejoras]

yo pienso que lo fundamental es jefe y protocolos, vamos jefe dedicado a urgencias

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:327 (1041:1045) (Super)
 Media: ANSI
 Codes: [Mejoras]

jefe, protocolos y personal que es lo más difícil de encontrar ahora mismo, pero bueno..... pues yo empezaría por eso, por ese orden, jefe que obligara a unos protocolos y que se preocupara de que hay más personal,

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:328 (1045:1051) (Super)
 Media: ANSI
 Codes: [Mejoras]

porque si se trabaja ordenadamente y sabiendo que hace todo el mundo lo mismo pues seguramente se trabajará mejor, y aparte que se ahorra dinero y se ahorra de todo, porque si yo te veo a ti hoy con un dolor de cabeza y te pongo un tratamiento que es el que dice el protocolo y tu vienes mañana pues todavía me duele no sé qué, pues el protocolo

que seguí pues tienes que seguir tomándotelo, está claro no?

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:343 (1102:1105) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Mejoras]

yo creo que sería beneficioso tener una sala de extracciones tú ves al paciente y lo mandas a esa sala y allí le extraen las muestras y esas cosas y sería mas repodo la atención a los pacientes,

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:356 (1180:1180) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Mejoras]

incentivar a la gente que quiera trabajan,

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:357 (1181:1181) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Mejoras]

ponerles medios a su disposición

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:378 (1768:1769) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Mejoras]

debería de pensarse más en el enfermo que en el familiar

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:393 (1810:1813) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Mejoras]

propondría un médico en, o alargar los turnos de refuerzo en vez de hasta las 23 de la noche hasta las 2 de la mañana y propondría un contra más estricto en el acceso a los familiares y pacientes

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:396 (1818:1821) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Mejoras]

habría también que garantizar la seguridad personal de los profesionales porque es una profesión de riesgo hoy en día ser médico de urgencias y bueno, quizás eso la seguridad,

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:397 (1821:1824) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Mejoras]

el acceso y un refuerzo que habría que prolongarlo a hasta las 2 de la mañana incluido los festivos porque es un momento en que.. Que se nota que se retrasa se acumulan historias y... y bueno en ese aspecto mejoraría sin duda.

	<p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:407 (1861:1863) (Super) Media: ANSI Codes: [Mejoras]</p> <p>creo que deberíamos elaborar protocolos y... organizar charlas sesiones clínicas para unificar... para disminuir la variabilidad clínica</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:455 (1311:1312) (Super) Media: ANSI Codes: [Mejoras]</p> <p>o un médico que vaya y lo valore en el triaje, algo de eso</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:456 (1311:1314) (Super) Media: ANSI Codes: [Mejoras]</p> <p>o un médico que vaya y lo valore en el triaje, algo de eso, porque aquí no lo hace personal médico porque es que básicamente no hay, no hay médicos para cubrir un puesto de triaje, entonces. falta personal.</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:470 (1394:1396) (Super) Media: ANSI Codes: [Mejoras] [Protocolo de actuación]</p> <p>unificar criterio o sea hacer unas líneas de actuación unos protocolos de actuación que todo el mundo hagamos lo mismo,</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:473 (1402:1407) (Super) Media: ANSI Codes: [Mejoras]</p> <p>son un poco, o sea a mi ahora mismo las líneas de actuación y luego un poquito más de... de.. Mentalidad de equipo, ganas de hacer equipo, entonces... eso. Con los protocolos, mentalidad de equipo y luego cierto grado de incentivación que luego ahí ya yo no sé qué tipo de incentivación nos hará, nos haría falta para...</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:507 (1578:1581) (Super) Media: ANSI Codes: [Mejoras]</p> <p>el personal médico supongo, el número, sobre todo cuando estas dentro son mucha gente para un médico solo y ahí sobre todo lo mejoraría luego hay cuestiones puntuales como horarios de visita de familiares</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:508 (1583:1588) (Super) Media: ANSI Codes: [Mejoras]</p>
--	---

cuando te llegan pacientes tu das el relevo a determinada hora y ese poquito tiempo que se queda la familia tiene que entrar a lo mejor a la hora y no te da tiempo todavía de asumir esos pacientes y saber bien de que van y entonces pues tal vez poner horarios nuevos en ese sentido que es una cosa que estamos intentando cambiarlo.

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:512 (1598:1603) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Mejoras]

a mí sobre todo lo que más me agobia es cuando vengo por las mañanas y me encuentro muchos pacientes podemos decir, yo sola para todo eso, yo creo que si hay algún personal más que te ayude en ese sentido ose aquí se reparta esa carga en esa mañana yo creo que puede mejorar mucho la asistencia

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - - 2:12 (45:46) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Mejoras]

yo mejoraría la organización sobretodo en urgencias (

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - - 2:15 (56:62) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Mejoras]

yo creo que tenemos que mejorar también tenemos que hacer mas protocolos, todos tener la misma tónica porque cada uno viene de un sitio distinta y a lo mejor en lo fundamental sí que tenemos que tener un plan común que muchas veces no hay, dependiendo de con quién hay gente que tiene la misma tónica que tú en algunas cosas en otras no

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:34 (147:150) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Mejoras]

yo eso organizaría mejor la urgencia , yo creo que ese es. en cuanto a turnos, en cuanto a actividades en general. En cuanto a estar con la gente y tener las cosas medio organizadas.

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:36 (155:159) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Mejoras]

también otra cosa que habría que modificar son los horarios de visita porque pienso que están muy mal puesto porque a las 9 te dan el pase y a las 9:30 entra la familia teóricamente a que tú le informes, pero es que de 9 a 9:30 no te ha dado tiempo a ver a los enfermos

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:42 (182:185) (Super)

	<p>Media: ANSI Codes: [Mejoras]</p> <p>mejorar y dar más camas en medicina interna y no tener el tapón ese en la urgencia porque a veces tienen a los enfermos en los pasillos o en medio de la sala y eso no es forma,</p>
--	---

CÓDIGO	CITAS
<p>Miembros del grupo {7-0}</p>	<p>P 1: TRASCRIpciones.txt - - 1:29 (77:81) (Super) Media: ANSI Codes: [Miembros del grupo]</p> <p>en el equipo vamos un médico y un enfermero que pertenecen más al servicio del SUS y un conductor que hace las funciones de técnico en teoría que lo pone la empresa porque la empresa de ambulancias es concertada y es un conductor de la empresa</p> <p>P 1: TRASCRIpciones.txt - 1:30 (81:81) (Super) Media: ANSI Codes: [Miembros del grupo]</p> <p>el equipo es el mismo</p> <p>P 1: TRASCRIpciones.txt - 1:32 (82:84) (Super) Media: ANSI Codes: [Miembros del grupo]</p> <p>lo componemos en total el equipo 5 médicos y 5 enfermeros y estamos 24 horas</p> <p>P 1: TRASCRIpciones.txt - 1:207 (587:590) (Super) Media: ANSI Codes: [Miembros del grupo]</p> <p>no el equipo es abierto nosotros estamos nosotros y las sustituciones son gente de fuera que se llaman por bolsa y viene un sustituto, el que le toque el que te manden</p> <p>P 1: TRASCRIpciones.txt - 1:208 (590:596) (Super) Media: ANSI Codes: [Miembros del grupo]</p> <p>el equipo es fijo si nosotros somos 5 y por parejas y casi todos llevamos el mismo tiempo excepto una compañera que lleva menos tiempo porque la otra chica se fue cambió de puesto de trabajo nosotros llevamos ya 5 años cuatro años y pico todos este sería nuestro quinto año todos y los enfermeros son todos los mismos menos esta chica</p> <p>P 1: TRASCRIpciones.txt - 1:210 (583:586) (Super) Media: ANSI Codes: [Miembros del grupo]</p>

	<p>entonces tienes que conocer bien tu trabajo y confiar en tu compañero y él en ti, conocer muy bien tu trabajo y que trabajen bien sino... off aquí cuando te viene un sustituto ... lo pasas muy mal</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:211 (597:598) (Super) Media: ANSI Codes: [Miembros del grupo]</p> <p>La chica esta nueva que ha llegado al principio, hasta que no te adaptas.....</p>
--	---

CÓDIGO	CITAS
Motivación e incentivación {3-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:436 (1229:1231) (Super) Media: ANSI Codes: [Motivación e incentivación]</p> <p>yo no sé si es que no se nos aporta parte de eso de la motivación y la incentivación o no se le ...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:437 (1231:1233) (Super) Media: ANSI Codes: [Motivación e incentivación]</p> <p>yo la verdad me encuentro motivado e incentivado no pero, no sé, exactamente cuál puede ser el problema ¿eh?</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:471 (1397:1399) (Super) Media: ANSI Codes: [Motivación e incentivación]</p> <p>teniendo a la gente formada y un poquito incentivada no en el aspecto económico, sino tenerla un poco más contenta</p>

CÓDIGO	CITAS
Motivos entrar grupo trabajo {6-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:5 (26:27) (Super) Media: ANSI Codes: [Motivos entrar grupo trabajo]</p> <p>empecé a trabajar como me propusieron el puesto como quedo una vacante</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:6 (28:28) (Super) Media: ANSI Codes: [Motivos entrar grupo trabajo]</p>

	<p>tenía varios compañeros dentro ya trabajando y demás</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:7 (29:29) (Super) Media: ANSI Codes: [Motivos entrar grupo trabajo]</p> <p>pues me convencieron</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:15 (43:44) (Super) Media: ANSI Codes: [Motivos entrar grupo trabajo]</p> <p>me convencieron un poco los compañeros y demás y muy bien muy bien</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:335 (1072:1075) (Super) Media: ANSI Codes: [Motivos entrar grupo trabajo]</p> <p>a mí me gusta la urgencia yo no podría estar en un centro de salud, viendo gargantitas, colesteroles y esas cosas a mí me gusta ver el paciente pero bueno se puede mejorar,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:11 (43:44) (Super) Media: ANSI Codes: [Motivos entrar grupo trabajo]</p> <p>mis últimos meses de residencia dos meses estuve aquí, entonces pues conocía un poco de antes</p>
--	--

CÓDIGO	CITAS
Perfil paciente {64-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:14 (39:42) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>en el hospital tiene en urgencias conflictiva la familia pero está el paciente y un familiar pero en la casa el territorio es el suyo y tienes uno y veinte familiares y la gente se empecina</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:34 (86:89) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>n un principio el plan andaluz de urgencias en las asistencias hospitalarias establece dos diferencias la emergencia y la urgencia</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:35 (89:91) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>en teoría la emergencia es la situación... ¿eh?, la demanda que existe un riesgo vital en menos de una hora, que si no</p>

	<p>se atiende en menos de una hora tiene peligro de muerte</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:36 (91:93) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>la urgencia en lo demás no permite una demora pero que no implica de inmediato la muerte.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:42 (101:103) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>hay gente que exagera síntomas gente que menos y gente que no te cuenta nada que dice que venga un médico que su padre esta malo y punto</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:49 (116:116) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>los números se disparan y aquí hay mucha población</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:50 (117:118) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>trabajadores que no están censados de toda la industria periférica</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:51 (123:125) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>hay mucha demanda y muchísimas veces está ocupado entonces la asistencia de la emergencia vamos que solo tenga una habitualmente son una hora y media</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:52 (128:129) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>las urgencias pues todas porque la urgencia el criterio queda en manos del paciente</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:53 (128:130) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>las urgencias pues todas porque la urgencia el criterio queda en manos del paciente en el sentido que si el paciente considera que es urgencia</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:54 (131:132) (Super)</p>
--	--

<p>Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>cubrimos fundamentalmente las domiciliarias a no ser que el paciente no se pueda desplazar</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:55 (133:134) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>hay muchos pacientes que no son desplazables</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:56 (134:134) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>veo muchos ancianos</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:57 (135:135) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>pacientes encamados incapacidades muchísimos</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:58 (135:136) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>pacientes oncológicos con cuidados paliativos de todo tipo muchísimos</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:59 (137:139) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>son pacientes que aunque en teoría son trasladables no están atados a una cama pero intentas no desplazarlos por la situación clínica que tenga,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:60 (142:143) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>luego depende de cómo te lo cuente la gente es muy difícil establecer porque muchas veces se va a tonterías</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:61 (143:144) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>muchas veces el paciente da las directrices</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:62 (145:146) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p>

	<p>si el paciente insiste en que vaya un médico se manda</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:63 (146:148) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>si el paciente se empeña en que vaya a verle un dolor de oídos pues tienes que ir el coordinador te está mandado</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:195 (529:530) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>desde intoxicaciones por coca en el peor barrio el peor antro</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:196 (530:534) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>como vamos a un puticlub porque se ha desmayado uno el que sea, o un paciente psiquiátrico agresivo en su cuarto rompiendo muebles, o una pelea en un bar o... un borracho liándola en la calle o... lo peor para cosas buenas no nos llaman entonces cosas así.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:197 (536:541) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>donde está toda la droga y la policía ni entra. entonces pues tienes que ver un poquito porque a lo mejor tú has tenido otra asistencia, han llamado y tu yo he llegado media hora tarde la gente no entiende que tu es que has estado en otra asistencia o que a mí no me han llamado hasta ese momento o sea que te encuentras a la gente que no veas....</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:199 (550:553) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>el otro día que fuimos a una chabola de un chatarrero que vivía por ahí lleno de perros en una inmundicia absoluta y un vecino había llamado por teléfono porque lo había escuchado gritar quejarse de dolor,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:200 (556:560) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>así sobre todo con los pacientes agresivos muchos pacientes agresivos sí que vemos o luego rescates desde accidentes laborales o cuando se cayó aquí un techo de un encofrado de</p>
--	--

una obra bueno... o inmigrantes, o un coche despeñado o sea que tienes que hacer rescates,

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:201 (564:565) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Perfil paciente]

luego por agresiones y demás pues... te metes en unos líos que no veas.

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:202 (565:569) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Perfil paciente]

Por agresividad o porque se hayan intoxicado con coca en un domicilio con problemas grandes, nosotros hemos llamado a la policía pero la policía tarda o no viene o por lo que sea y dices yo entro o no entro.....

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:203 (569:573) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Perfil paciente]

hay veces que hemos ido a un sitio conocido nos hemos puesto a dar vueltas con la ambulancia por detrás hasta que veamos un coche con las luces azules llegar porque como llegues allí quien dice les dice que tu no entras a ver al paciente te cogen y te sacan por la ventanilla del cuello y tienes que ir....

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:204 (576:583) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Perfil paciente]

El otro día tuvimos un incendio... pues tienes que estar muy bien coordinado con los bomberos, saber trabajar la gente muchas veces esta mejor o peor preparada y hay veces que llegas al incendio no llegan los bomberos y algunos policías locales se meten porque quieren ayudar y socorrer al que sea sin estar aquello preparado y luego tienes que asistir a los que están dentro a los policías que se han metido.... y como todo.....

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:247 (765:768) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Perfil paciente]

si a ver socialmente esta la... evolución que está habiendo, si, es posible que ... que la gente muchas veces pues dice cosas porque a lo mejor no tiene bastante conocimiento de lo que verdaderamente se puede exigir al sistema sanitario como tal no?

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:248 (769:770) (Super)

Media: ANSI

	<p>Codes: [Perfil paciente]</p> <p>a lo mejor ahí se podría hacer algo que la gente ... respetara un poco más la institución y.... a los profesionales no...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:249 (770:774) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>No me refiero porque agredan o cosas así, sino por la simple actitud, el entender que se le está dando un servicio y que está en manos de profesionales y que se le están dando los mejores cuidados, que.... q</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:250 (774:776) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>gracias a dios se tienen aquí los medios con los que cuenta el estado o la autonomía en este caso,... quizás necesitarían aprender a valorar eso no?</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:263 (815:816) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>se atiende un volumen importante de pacientes, entonces,...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:265 (818:822) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>hace un par de años el diario estaba entorno a los 200 y pico pacientes al día sí, también depende no es lo mismo el que venga por digamos por una dolencia que es un dolor de muelas al que sea ya un infarto o un accidente traumatizado impérateme</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:318 (1005:1008) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>ahora desconfían... yo he notado ese cambio muchísimo, que te preguntan ¿usted está seguro? Y alguno te dice pues yo quiero que lo vea otro yo no me quedo tranquilo.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:319 (1009:1013) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>han cambiado los pacientes ahora ves a enfermos de noventa y tantos cien años que hace 10 años no los veías, y.... bueno... la gente pues a través de internet, a través de la tele pues se informa de muchas cosas muchas veces mas</p>
--	--

	<p>informadas y entonces te exigen mucho,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:320 (1013:1020) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>te exigen una resonancia de todo el cuerpo como si se pudiera estar ahí dos o tres días metido en la máquina, te exigen cosas que... claro que se lo dice el vecino, que lo ve en internet, que lo lee en el periódico, y la información es buena y mala, normalmente las paginas esas son de información muy superficial entonces, la gente se lo cree, la gente pues te dice mira ese paciente le voy a dar el alta, pues yo no lo veo bien...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:334 (1071:1071) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>la gente de aquí es violentilla</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:337 (1080:1082) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>la gente era mejor, la gente tú le decías esto y eso lo hacía y todas esas cosas pero claro ahora la gente es mas desconfiada</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:338 (1083:1086) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>quieren que le solucionen los problemas rápido y quieren solucionar en urgencias los problemas personales, matrimoniales, y... vamos que problemas hay muchos y los médicos tienen que solucionarlos casi todos,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:348 (1139:1141) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>muchísimas, ¿eh?, los enfermos son todos iguales, pero la forma de trabajar con los enfermos y la gente que trabaja con los enfermos son distintas, si, en ..</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:370 (1754:1755) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>veo que también en ese aspecto con respecto al tema de familiares veo que existe faltas de control,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:371 (1756:1757) (Super) Media: ANSI</p>
--	--

<p>Codes: [Perfil paciente]</p> <p>en el acceso de los familiares no está regulado ese acceso, existe un poco de anarquía,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:374 (1758:1761) (Super) Media: ANSI</p> <p>Codes: [Perfil paciente]</p> <p>as horas de visita las tenemos bien puntualizadas pero no sé si por un problema social de la gente de la población porque se invade mucho espacio de trabajo,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:376 (1765:1767) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>tú ves enfermos que están desnudos y tal y no tienen porque estar familiares continuamente entrando y saliendo y eso se ve como normal</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:377 (1767:1768) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>se piensa más en el familiar que en el enfermo y no debería ser así,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:398 (1826:1830) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>hoy el día el paciente es más crítico, eso se ve, ohm también depende mucho de cómo se sienta el paciente en urgencias, es decir, si el paciente ve que está esperando dos o tres horas pues lógicamente ya va a entrar receloso al hospital en la consulta,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:399 (1830:1832) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>si se agiliza el paso del enfermo hacia las consultas pues ya notas que el paciente se encuentra más confiado , más tranquilo,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:400 (1832:1835) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>he leído hace poco sobre las clasificaciones de los distintos tipo de pacientes y el paciente critico en encuestas que se han hecho en Europa y demás no superan más</p>
--

	<p>que el 14 o el 15 por ciento,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:401 (1836:1838) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>pues es posible que sea una población pues de otras características que no sea comparable con esas encuestas europeas.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:403 (1843:1845) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>yo creo que se ha atenuado un poquito esa crítica del paciente hacia el profesional pero cuando llega las 23 de la noche ves tú que la gente se encuentra más nerviosa, no?</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:422 (1899:1904) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>falta de educación esa falta de respeto eso de alguna forma seguridad tendría que evitarlo e incluso apoyar el aspecto legal si fuera necesario pero tú no puedes violar la intimidad del enfermo bajo ningún concepto es una cosa muy seria y eso no se está tomando serio aquí.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:423 (1904:1908) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>si claro evidentemente pero vamos yo me pongo en lugar de un enfermo de esos que está en el pasillo que lleguen 5 chavales con pendientes que se cuelan allí y nadie hace nada... y me parece supe indigno vamos...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:457 (1316:1322) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>actualmente es un paciente demandante, y de hecho ahora todo se ve de cara al paciente, que me parece muy bien porque digamos que es la esencia de esto ¿eh?, y de hecho nuestras actuaciones también van dirigidas a eso mismo a... la necesidad realmente urgente o a la necesidades acuciante del enfermo entendiéndose por urgencia que no es la que percibimos nosotros sino es que es la que percibe el paciente</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:458 (1323:1333) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>se atienden de una forma más o menos rápida, pero.... hasta</p>
--	--

un cierto punto, ¿eh?, lo que a nosotros no se nos debe escapar para nada es la patología emergente, es que son dos posturas muy encontradas entonces, ... hay que llegar a un termino... no sé de qué forma llegar a un término medio sabiendo que bueno, que la patología no emergente no urgente, percibid por nosotros pues va a tardar porque las personas vienen demandando exigiendo ya, exploraciones complementarias sobre la marcha sin la valoración previa ahorrándose los pasos o, si el enfermo es mucho mas ... o sea el usuario ahora mismo hoy por hoy es mucho más exigente..

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:486 (1477:1479) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Perfil paciente]

pacientes más graves que estén encamados y... otros que no son de extrema urgencia

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:517 (1625:1628) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Perfil paciente]

si al llegar lo primero que te piden... eso si te piden pruebas complementarias, los pacientes te piden yo creo se hacen muchas veces se piden muchas más pruebas de las que se requiere a veces porque...

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:518 (1627:1632) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Perfil paciente]

se piden muchas más pruebas de las que se requiere a veces porque... o por autodefensa, la medicina defensiva no? ¿eh?. aunque yo no la utilizo mucho, pero yo pienso que muchas veces se pide más cosas aun sabiendo que es una tontería, pero como ya te vienen porque no sé qué no se cuanto y ya te pones y dices off

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:519 (1633:1636) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Perfil paciente]

yo intento hacerlo pero sin que se dé cuenta de que lo estoy haciendo porque desde luego procuro que no lleve la razón en ese sentido que sea yo el médico no?

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:520 (1638:1643) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Perfil paciente]

.. no por decir yo soy más, no pero tampoco creo que sea bueno en ese sentido. Y es que el criterio sea el que yo haga, yo no me meto en el trabajo como digo muchas veces del mecánico, le llevo el coche y que lo arregle. no? a

	<p>veces eso se lo he puesto de ejemplo a los pacientes cuando ya no puedo con ellos,....</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:523 (1653:1654) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>los insultos que te dan, pues... se pasa mal,.. Pero bueno...</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 2:25 (103:105) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>el paciente es más exigente, se ve un cambio en la atención con los pacientes, hay de todo, en general es menos pasivo que antes,</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 2:26 (105:107) (Super) Media: ANSI Codes: [Perfil paciente]</p> <p>un hay gente que es respetuosa y que te trata... y hay gente que ni te trata con respeto, hay de todo</p>
--	--

CÓDIGOS	CITAS
Protocolo de actuación {26-0}	<p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:37 (94:95) (Super) Media: ANSI Codes: [Protocolo de actuación]</p> <p>la emergencia va al 061 con los que trabajamos en paralelo</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:38 (87:89) (Super) Media: ANSI Codes: [Protocolo de actuación]</p> <p>el plan andaluz de urgencias en las asistencias hospitalarias establece dos diferencias la emergencia y la urgencia</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:39 (96:96) (Super) Media: ANSI Codes: [Protocolo de actuación]</p> <p>esto lo filtra un centro coordinador</p> <p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:40 (97:101) (Super) Media: ANSI Codes: [Protocolo de actuación]</p> <p>en cada provincia hay un centro coordinador que es el que recibe todas las llamadas y todas las demandas allí hay un equipo de tele operadores y un médico que filtra las</p>

	<p>llamadas en función de la información que aporta más o poco de la calidad que tenga</p> <p>P 1: TRASCRIpcIONES.txt - 1:43 (104:105) (Super) Media: ANSI Codes: [Protocolo de actuación]</p> <p>el que filtra establece si es una emergencia o una urgencia manda un medio u otro</p> <p>P 1: TRASCRIpcIONES.txt - 1:44 (105:107) (Super) Media: ANSI Codes: [Protocolo de actuación]</p> <p>nosotros vamos a patologías que a lo mejor a priori son urgentes pero cuando llegas al sitio pues es una emergencia</p> <p>P 1: TRASCRIpcIONES.txt - 1:45 (107:109) (Super) Media: ANSI Codes: [Protocolo de actuación]</p> <p>o en todos los casos en el que el equipo 061 este ocupado o no esté operativo por el motivo que sea cubrimos nosotros en verdad emergencia</p> <p>P 1: TRASCRIpcIONES.txt - 1:64 (149:152) (Super) Media: ANSI Codes: [Protocolo de actuación]</p> <p>te requiere directamente nos manda sea el motivo que sea por protocolo si nos requiere otra fuerza de seguridad o lo que sea nos vamos directamente también</p> <p>P 1: TRASCRIpcIONES.txt - 1:65 (154:155) (Super) Media: ANSI Codes: [Protocolo de actuación]</p> <p>vamos a ver asistencial están los protocolos internos generales del SAS que es el plan eludió de urgencias y emergencias</p> <p>P 1: TRASCRIpcIONES.txt - 1:66 (156:158) (Super) Media: ANSI Codes: [Protocolo de actuación]</p> <p>protocolos de asistenciales marcados últimamente se están tratando los procesos asistenciales también te lo marcan por patologías pero están pocos establecidos</p> <p>P 1: TRASCRIpcIONES.txt - 1:67 (159:161) (Super) Media: ANSI Codes: [Protocolo de actuación]</p> <p>están establecidos a nivel institucional pero a nivel real el conocimiento que tenemos cada uno de ellos a nivel</p>
--	--

	<p>individual</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:312 (987:989) (Super) Media: ANSI Codes: [Carencias] [Protocolo de actuación]</p> <p>el mayor defecto que yo le veo a esto es que no se siguen protocolos que cada uno hacemos lo que nos da la gana, entonces es difícil exigirlos no</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:313 (989:992) (Super) Media: ANSI Codes: [Protocolo de actuación]</p> <p>médicos, de actuación vamos, si tiene una fiebre así y le pones esto porque le has puesto esto y no le pones lo otro, si no hay protocolos pues dices porque me ha dado la gana.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:314 (993:994) (Super) Media: ANSI Codes: [Protocolo de actuación]</p> <p>lleva 19 años que llevo yo aquí y no ha habido protocolos</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:315 (994:996) (Super) Media: ANSI Codes: [Protocolo de actuación]</p> <p>no sé qué pensaran el resto, pero yo pienso que.... y con unos protocolos la gente se puede actualizar se puede...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:316 (997:1000) (Super) Media: ANSI Codes: [Protocolo de actuación]</p> <p>claro tu coges un relevo de un paciente y si has seguido el protocolo lo único que tienes que hacer es seguir tú el protocolo y no llegar y al relevo y cambiar todo el tratamiento.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:317 (1000:1002) (Super) Media: ANSI Codes: [Protocolo de actuación]</p> <p>y además con unos protocolos el que llegue le dices toma aquí tienes los protocolos y ya sabe cómo se trabaja, pues así andamos todavía,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:329 (1051:1055) (Super) Media: ANSI Codes: [Protocolo de actuación]</p> <p>pero si llega y ah bueno pues yo te cambio el tratamiento toma, tomate esto, y después viene otro día lo coge otro pues tomate esto, no? y bueno, eso se ve porque la gente</p>
--	--

viene de sus médicos y se viene aquí a ver que le dices tú y lleva la receta de su médico.

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:340 (1094:1100) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Protocolo de actuación]

los protocolos también de triaje son regulares porque claro un dolor abdominal es un nivel 3 y lo tienes que ver rápido no? pero claro es lo mismo que te vea una apendicitis que te vea una gastroenteritis y estés tu ahí paseando con un dolor de barriga o cualquier dolor abdominal cualquier dolor trafico aunque se haya dado un golpe es un nivel 3 y entonces claro no puedes priorizar muy bien. y....

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:405 (1853:1858) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Protocolo de actuación]

los protocolos no se estudian protocolos de acción de actuación... ¿eh? debería crearse ya a lo mejor un protocolo de, actuación en los distintos procesos que existen en urgencias y... tengo entendido que se estaba haciendo algo así, pero no sé en qué momento estará si esta adelantado o está atrasado,

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:406 (1858:1860) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Protocolo de actuación]

pero sí está claro que hace falta una unidad ahí, es decir que todo el muncho actuemos igual en los distintos problemas

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:470 (1394:1396) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Mejoras] [Protocolo de actuación]

unificar criterio o sea hacer unas líneas de actuación unos protocolos de actuación que todo el mundo hagamos lo mismo,

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:501 (1539:1541) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Protocolo de actuación]

faltan protocolos siempre lo estamos diciendo en ese sentido si faltan, para muchas cosas si faltan protocolos

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:502 (1541:1544) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Protocolo de actuación]

una determinada cosa o una determinada patología pues un protocolo diría esto y esto, es lo que hay que hacer a lo mejor o en un determinado o en determinadas patologías.

	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:505 (1564:1567) (Super) Media: ANSI Codes: [Protocolo de actuación]</p> <p>A lo mejor aquí también habría que tener un protocolo ahí si tendría que pasar por esto y esto pero bueno también yo creo que la medicina también está así abierta.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:16 (62:66) (Super) Media: ANSI Codes: [Protocolo de actuación]</p> <p>depende también de quien haya de guardia hace unas cosas... que a veces no hay el mismo ... criterio... que unas veces coincidimos y otras veces no, y tendríamos que discutir esos puntos y ponerlos en común y eso todavía no se ha hecho.</p>
--	---

CÓDIGO	CITAS
relación con el paciente {1-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:459 (1334:1341) (Super) Media: ANSI Codes: [relación con el paciente]</p> <p>yo personalmente el trato con los pacientes es bueno porque claro yo cuando los veo, los veo en una situación más., más delicada entonces... pues tengo que informarles de otra forma, tengo que darle datos que a lo mejor no quieren escuchar o cosas que no quieren oír o que no quieren saber entonces, yo ahora mismo , um en líneas generales es buena, la información o sea el trato con el enfermo y la familia buena,</p>

CÓDIGO	CITAS
relación con el servicio de urgencias {1-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:362 (1726:1729) (Super) Media: ANSI Codes: [relación con el servicio de urgencias]</p> <p>si puntualmente yo acuerdo con distintos compañeros para hacer o bien sustituciones porque les viene mal la hora que ellos tienen entonces yo se las hago algunas tarde , algunos fines de semana o bien porque hay huecos que cubrir y...</p>

CÓDIGOS	CITAS
relación con otros servicios del hospital {10-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:330 (1055:1058) (Super) Media: ANSI Codes: [relación con otros servicios del hospital]</p> <p>Sobre todo con los niños, bueno es que es absurdo porque nosotros no somos pediatras y se viene de su pediatra aquí</p>

para que le digamos si se toma lo que le ha mandado y eso... mucha gente.

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:331 (1059:1062) (Super)

Media: ANSI

Codes: [relación con otros servicios del hospital]

la relación con la primaria que tampoco tenemos mucha, con los centros de salud. yo, en todo este tiempo no hemos tenido ni una reunión en conjunto no, pues para derivaciones y cosas de esas no?

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:368 (1747:1751) (Super)

Media: ANSI

Codes: [relación con otros servicios del hospital]

existe un problema importante, que debido a una deficiente gestión de camas arriba en medicina interna de tal manera que ahí se acumulan muchísimos enfermos en pasillos que ya están previamente ingresados pero que por falta de camas no lo pueden subir arriba,

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:380 (1774:1777) (Super)

Media: ANSI

Codes: [relación con otros servicios del hospital]

tengo entendido por lo que me cuentan mis compañeros que por la mañana no suelen bajar los internistas porque un día de diario pues que claro tienen que atender arriba la hospitalización su trabajo diario

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:381 (1775:1779) (Super)

Media: ANSI

Codes: [relación con otros servicios del hospital]

por la mañana no suelen bajar los internistas porque un día de diario pues que claro tienen que atender arriba la hospitalización su trabajo diario y de alguna forma, hasta por la tarde no se solucionan los problemas de los pacientes ingresados abajo,

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:387 (1792:1795) (Super)

Media: ANSI

Codes: [relación con otros servicios del hospital]

tienes que sacrificar otros servicios quirúrgicos interrumpiendo suspendiendo muchas veces ¿eh? intervenciones quirúrgicas para poder ingresar un paciente en medicina interna

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:448 (1271:1272) (Super)

Media: ANSI

Codes: [relación con otros servicios del hospital]

	<p>yo no sé cómo trabajan yo sé cómo trabajo aquí,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:40 (176:179) (Super) Media: ANSI Codes: [Infraestructura/recursos] [relación con otros servicios del hospital]</p> <p>se hacen ingresos en medicina interna que a lo mejor pueden tirarse 3 días en urgencias porque no tiene cama arriba y ahí se van acumulando y a lo mejor tienes 10 ingresados entonces claro</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:41 (179:182) (Super) Media: ANSI Codes: [relación con otros servicios del hospital]</p> <p>eso es una sobrecarga también para el que está ahí., y hay dos internistas de guardia, porque no baja un internista y ve a sus enfermos ingresados como cuando tiene a gente en otras plantas no?</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:45 (190:194) (Super) Media: ANSI Codes: [relación con otros servicios del hospital]</p> <p>y no pienso que sea forma acumular ahí enfermos en los pasillos, debería de acelerar o los ingresos o si hay mucha sobrecarga esos ingresos deberían de verlo medicina interna que son sus enfermos ya una vez que han ingresado. No en urgencias,</p>
--	---

CÓDIGOS	CITAS
Code: Relaciones interpersonales {31-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:98 (237:239) (Super) Media: ANSI Codes: [Relaciones interpersonales]</p> <p>yo hay compañero que dudo que exista porque yo veo al del día anterior y al de posterior pero a los otros no los veo en mi vida</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:99 (239:241) (Super) Media: ANSI Codes: [Relaciones interpersonales]</p> <p>Yo... algún compañero de saliente, yo veo al anterior y al posterior a los otros dos no los veo nunca.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:100 (241:242) (Super) Media: ANSI Codes: [Relaciones interpersonales]</p> <p>con uno porque tengo una relación de amistad enorme</p>

	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:101 (241:242) (Super) Media: ANSI Codes: [Relaciones interpersonales]</p> <p>con uno porque tengo una relación de amistad enorme y estamos todo el día juntos</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:102 (243:244) (Super) Media: ANSI Codes: [Relaciones interpersonales]</p> <p>yo creo que tú eres una invención publica porque no te he visto nunca</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:103 (244:245) (Super) Media: ANSI Codes: [Relaciones interpersonales]</p> <p>y a los demás compañeros tampoco</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:104 (245:247) (Super) Media: ANSI Codes: [Relaciones interpersonales]</p> <p>el horario no se solapa o sea yo entro a las 9 y mi compañero entra a las 9 y yo me voy a las 9 no hay ninguna hora de solape tampoco</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:107 (252:253) (Super) Media: ANSI Codes: [Relaciones interpersonales]</p> <p>después de 4 años y pico vi por primera vez en un curso a uno de los compañeros</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:108 (254:254) (Super) Media: ANSI Codes: [Relaciones interpersonales]</p> <p>que me creía que no existía</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:109 (255:255) (Super) Media: ANSI Codes: [Relaciones interpersonales]</p> <p>no tenemos contacto ninguno ni allí ni aquí tampoco</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:110 (256:258) (Super) Media: ANSI Codes: [Relaciones interpersonales]</p> <p>hay compañeros que no he visto en mi vida y a otros que ves una vez al año en alguna reunión del distrito</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:135 (325:328) (Super)</p>
--	--

	<p>Media: ANSI Codes: [Relaciones interpersonales]</p> <p>nos ponemos las tareas y viceversa y lo hacemos telefónicamente porque yo a este hombre no lo veo a uno de los compañeros me llama y me da el relevo telefónicamente,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:169 (446:448) (Super) Media: ANSI Codes: [Relaciones interpersonales]</p> <p>por lo menos una vez a la semana porque yo eso si con mis compañeros tengo mucha relación y así todos me... tiran mucho de mí....</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:186 (494:497) (Super) Media: ANSI Codes: [Relaciones interpersonales]</p> <p>Con tu enfermero que es el 100% que vives... vamos al final es una relación absoluta comes duermes pasas los malos momentos, los buenos y todo lo pasas con él, te relacionas de una forma muy intensa</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:187 (498:502) (Super) Media: ANSI Codes: [Relaciones interpersonales]</p> <p>la relación tiene que ser muy buena ahí la convivencia es tremenda no solo porque trabajas sino que luego mucha parte del tiempo libre también la pasas con esa persona entonces tiene que haber muy buena predisposición de las dos personas para crearlo</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:188 (502:503) (Super) Media: ANSI Codes: [Relaciones interpersonales]</p> <p>aunque no surja una situación de amistad pero por lo menos ... la predisposición tiene que ser buena</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:189 (511:513) (Super) Media: ANSI Codes: [Relaciones interpersonales]</p> <p>tener confianza en nosotros y hacer las cosas bien porque el otro depende de ti si yo hago mal una asistencia o tengo cualquier problema con la familia las tortas son para los dos</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:232 (504:508) (Super) Media: ANSI Codes: [Relaciones interpersonales]</p> <p>yo tengo un móvil y ella tiene que ir conmigo, me llaman a</p>
--	---

mí y ella tiene que estar siempre conmigo estamos encadenados es muy intenso y si estamos viendo la tele y yo quiero ver un programa tiene que querer ella o viceversa y si queremos leer o alguien quiere pegar una cabezada pues todo...

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:272 (880:882) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Relaciones interpersonales]

normalmente buena, hay roces porque la gente está pues... bastante quemada en urgencias como en todos lados vamos,

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:281 (900:901) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Relaciones interpersonales]

y nosotros nos reunimos de vez en cuando tenemos muchas protestas que hacer y muchas cosas, porque bueno... i

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:391 (1802:1804) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Relaciones interpersonales]

si yo tengo alguna duda o algún compañero tiene alguna duda pues nos consultamos mutuamente y muchas veces se toman decisiones en equipo

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:392 (1807:1807) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Relaciones interpersonales]

no tengo yo problemas personalmente

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:427 (1201:1205) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Relaciones interpersonales]

yo es que cuando hablo así de personal yo no me gusta porque yo, hombre, como ... he tenido cierto nivel de responsabilidad pues te tienes que dirigir a grupos de gente mayor o menor yo los considero no como ... no, es que no, es que son un equipo es que debemos ser un equipo

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:429 (1209:1213) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Relaciones interpersonales]

si estas para dirigir un poquito una situación y eso pues dando tres instrucciones que yo pienso que no son órdenes y se hacen, pero... y cuando se funciona como un equipo cuando estas con profesionales funciona muy bien,

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:496 (1511:1515) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Relaciones interpersonales]

yo personalmente por lo menos no tengo muchos problemas hombre a veces siempre pasa no de que cuando llegas nuevo de que no se sabe muy bien cómo va la cosa no? en las sustituciones en verano en navidad pues tenemos situaciones un poco más problemáticas a veces,

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:497 (1516:1519) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Relaciones interpersonales]

nos conocemos ya además de estar varios años pues ya te vas conociendo y eso y... puede haber problemas puntuales de algunas cosas que a veces puntual, pues faltar o temas de celador a veces

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:499 (1525:1528) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Relaciones interpersonales]

de vez en cuando hay sus cosillas que puedes escuchar pero yo creo personalmente no, por mi carácter por mi forma de ser no tengo no me veo que tenga muchos problemas

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:500 (1531:1537) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Relaciones interpersonales]

alguna vez con algún compañero que pueda haber algún problema o con gente nueva que les puedas ir diciendo esto y aquello pero son problemas más de eso pero yo creo que cuando la gente que estamos más que llevamos un poco más de tiempo así y demás yo creo que no hay problemas nos entendemos bien en ese sentido

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:524 (1656:1659) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Relaciones interpersonales]

yo también he estado poquito a poco he ido dándome mi sitio y me ha costado yo que se meterme un poquito dentro de observación, me costó quizá dar el paso porque yo soy muy cortada

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 2:17 (68:70) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Relaciones interpersonales]

en la relación con compañeros bien, aunque cada uno tenga su forma de pensar pero en general bien,

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 2:31 (127:127) (Super)

Media: ANSI

	<p>Codes: [Relaciones interpersonales]</p> <p>yo con mis compañeros yo me siento bien</p>
--	---

CÓDIGO	CITAS
<p>Relación con el Administrador {38-0}</p>	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:89 (216:216) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>actualmente nuestro coordinador es</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:90 (217:217) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>nuestro coordinador dimitió</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:91 (219:220) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>aparte de su buena voluntad y tiempo, a parte el no pertenece al servicio</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:92 (221:223) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>Te tirabas 5 o 6 meses sin verla, y coordinador, o sea a nivel interno no tenemos nada,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:93 (223:225) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>nosotros tenemos una diferencia con los centros de salud y con los demás servicios y es que no tenemos.... ningún director médico</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:112 (265:267) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>se ha ido y nosotros decíamos ¿De dónde? porque yo no es que se lo recrimine personalmente la verdad que llevaba toda las otras funciones asistenciales el dccu</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:113 (268:270) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>la última vez que la vi por ejemplo fue en mayo y no la volví a ver hasta diciembre,</p>

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:114 (268:272) (Super)
 Media: ANSI
 Codes: [Relación con el Administrador]

la última vez que la vi por ejemplo fue en mayo y no la volví a ver hasta diciembre, solo verla, a lo mejor hablar directamente, pero bueno alguno s problemas que teníamos como una asistencia cursos o cosas así pues

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:115 (272:272) (Super)
 Media: ANSI
 Codes: [Relación con el Administrador]

ahora es muy bien, muy bien

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:116 (273:274) (Super)
 Media: ANSI
 Codes: [Relación con el Administrador]

prácticamente todas las semanas nos vemos sí que es verdad que son en mis días libres en los que voy a verlo

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:117 (275:277) (Super)
 Media: ANSI
 Codes: [Relación con el Administrador]

si fuera un domingo para cualquier trabajador y yo en mi día libre pues me vengo aquí toda la mañana o me voy a ver al hospital

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:121 (285:288) (Super)
 Media: ANSI
 Codes: [Relación con el Administrador]

a nivel particular mío muy bien , muy bien porque primero que es alguien que conoce el sistema de urgencia que conoce la atención hospitalaria y clínica y demás pues puedes hablar muy bien con él ,

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:122 (288:291) (Super)
 Media: ANSI
 Codes: [Relación con el Administrador]

los otros cargos eran puramente administrativos o sea que no podías hablar... o sea que quería compararte a lo mejor con un sector que no tenía sentido....

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:132 (313:314) (Super)
 Media: ANSI
 Codes: [Relación con el Administrador]

tenemos alguien que no.... que lo entiende perfecto ese aspecto, te escucha y te comprende, lo otro es un poco absurdo.

	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:167 (440:441) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>como nosotros a expensas de un sacrificio personal total</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:168 (444:446) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>muchísimas veces se pasa por las tardes de su tiempo libre o me llama desde su móvil personal y punto, y entonces pues yo tampoco le exijo mas</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:172 (453:454) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>nosotros trabajamos bien o mal pero trabajamos sin jefe desde abril</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:173 (454:455) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>llevamos 6 meses sin ver a un coordinador o un superior y lo demás....</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:193 (522:523) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>tu eres el jefe para lo bueno y para lo malo, entonces todas las decisiones son tuyas ya sean de tipo médicas o sociales</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:271 (875:878) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>aquí somos todos iguales, normalmente el que está en observación es como si dijéramos un poco más responsable de... pero de cargo así no... Solo está el jefe,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:279 (897:898) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>con los jefes también nos reunimos pero para decirnos cosas del trabajo, no sesiones clínicas... ni... nada,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:280 (897:900) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p>
--	--

con los jefes también nos reunimos pero para decirnos cosas del trabajo, no sesiones clínicas... ni... nada, para si ahora la pediatría los niños se van a tratar abajo y no arriba y... cosas de esas,

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:300 (953:955) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Relación con el Administrador]

es el Jefe de todo o sea que no puede estar físicamente en todos lados no? Entonces nosotros nos organizamos y esas cosas,

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:304 (964:965) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Relación con el Administrador]

yo hoy estoy saliente de guardia yo me iba a mi casa y me ha llamado el jefe para que venga

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:311 (983:987) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Relación con el Administrador]

te han dejado el día libre buscando a gente y eso y lo ha hecho aquí en el hospital pero no todo el mundo, unos cuantos que el jefe dice que lo hicieran y que cuando se volviera a hacer lo iba a hacer el resto pero bueno...

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:324 (1034:1035) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Relación con el Administrador]

que sepa lo que le pasa a la gente, que pueda charlar con la gente,

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:325 (1035:1039) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Relación con el Administrador]

pasa como un meteoro porque siempre va corriendo de un lado para otro el hombre, pues entonces lo que se entera es porque lo llaman, porque se lo dicen pero no lo vive, las situaciones que se viven abajo las debe conocer,

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:326 (1039:1040) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Relación con el Administrador]

por ejemplo las guardias, los turnos de guardia y eso los ponemos nosotros y después él lo supervisa no?

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:332 (1063:1066) (Super)

Media: ANSI

	<p>Codes: [Carencias] [Relación con el Administrador]</p> <p>la verdad que esto ha estado muy abandonado y bueno da igual que se sepa porque yo lo digo y bueno porque el jefe que habido no se preocupaba mucho y el que hay ahora tiene demasiado trabajo para preocuparse,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:383 (1782:1783) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>también es verdad que el jefe de servicio de medicina interna no ha existido hasta hoy,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:384 (1783:1786) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>realmente se ha incorporado y hay un jefe de servicio medicina interna, y hemos estado sin jefe del servicio medicina interna prácticamente un año</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:410 (1869:1871) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>bueno yo te digo que estoy poquito lo que yo veo que no que no existen que existe mucha distancia en urgencias entre el médico y la dirección</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:411 (1872:1873) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>... yo creo que existe más conexión ahora</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:412 (1873:1874) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>es una persona que se está involucrando bajo mi punto de vista</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:413 (1875:1876) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>creo que está haciendo lo mejor posible se ve ahí que... ¿eh?... que hombre que pues se preocupa</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:414 (1876:1877) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>Y pero claro yo no sé hasta qué punto la dirección respalda</p>
--	---

	<p>las decisiones</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:446 (1259:1267) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>intentar mantener el sistema quemado, ¿eh? Y luego a veces se encuentran con decisiones de, digamos los... de digamos los directores, entre comillas, no por dirección como tal sino los que nos tienen que dirigir u organizar un poquito, que no, que no, les vienen bien, o no están de acuerdo o son, decisiones o son decretos, mandatos de jefatura o lo que sea ¿eh? que pueden estar mejor o peor pero qué bueno que yo pienso que son cosas que hay que hacer, ¿eh? a cualquier nivel</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:472 (1399:1402) (Super) Media: ANSI Codes: [Relación con el Administrador]</p> <p>la gente a mi gusto protesta y protesta muchas veces sin razón y otras veces si tenemos muchísimas razón por algunos temas de protesta, pero la gente muchas veces pide pero no ofrece nada,</p>
--	---

CÓDIGO	CITAS
relación paciente hospital {3-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:402 (1838:1841) (Super) Media: ANSI Codes: [relación paciente hospital]</p> <p>. tiene mucho que ver el cómo trate el hospital en su conjunto a ese paciente, no el profesional sino el acceso, el acceso debe estar más agilizado y eso se consigue pues con personal trabajando... en las consultas</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:404 (1845:1851) (Super) Media: ANSI Codes: [relación paciente hospital]</p> <p>yo no manejo el tema de las reclamaciones, pero posiblemente si se estudiase verían a lo mejor que muchas reclamaciones tienen que ver con la hora de las comidas, o con las horas ... o a lo mejor cuando nos vamos a comer siempre hay un médico menos en puerta y después del turno de 4 pasa a dos y esas son horas de mucha demanda.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:460 (1341:1345) (Super) Media: ANSI Codes: [relación paciente hospital]</p> <p>pero es muy importante eso el primer contacto, es muy importante, sabes y no ya el primer contacto que yo le pueda dar sino el primer contacto que tenga con el sistema en cuanto a la información porque si no ya si lo sillas</p>

	rebotados es muy difícil volver a encauzarlo.
--	---

CÓDIGO	CITAS
Rendimiento/productividad {21-0}	<p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:123 (291:292) (Super) Media: ANSI Codes: [Rendimiento/productividad]</p>
	<p>como que la administración pues nos quiere medir la calidad a nosotros por número de pacientes /hora,.</p>
	<p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:124 (292:295) (Super) Media: ANSI Codes: [Rendimiento/productividad]</p>
	<p>y ahora yo soy un servicio de urgencias no a demanda, si te ponen 5 , 4 o 5 pacientes hora que es lo que ponían, sino vienen yo que salgo a la calle y atropelló a alguien y lo atiando o que hago sino ...</p>
	<p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:125 (295:296) (Super) Media: ANSI Codes: [Rendimiento/productividad]</p>
	<p>no genero mi demanda</p>
	<p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:126 (296:299) (Super) Media: ANSI Codes: [Rendimiento/productividad]</p>
	<p>en urgencias no se pueden medir así porque hay días que tenemos más y días que tenemos menos pero es imposible y luego ... el lucrarte por asistencia es como pagarle a un bombero por incendios</p>
	<p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:127 (299:303) (Super) Media: ANSI Codes: [Rendimiento/productividad]</p>
	<p>es para situaciones patológicas urgentes si las hay o no las hay y sino que tienes que crearlas o que, aparte yo no puedo atender 4 o 5 pacientes hora, nada más que con la activación, desplazarte al domicilio subir a un cuarto o donde sea, asistirlo trabajar lo que sea,</p>
	<p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:128 (306:306) (Super) Media: ANSI Codes: [Rendimiento/productividad]</p>
	<p>cubres una o dos en una hora pero mas no se puede,</p>
	<p>P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:129 (306:309) (Super) Media: ANSI Codes: [Rendimiento/productividad]</p>

	<p>entonces... aparte si la asistencia, la calidad seria lo contrario no todos lo que pueda yo ver en una hora sino el tiempo que le puedo dedicar a un paciente,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:130 (309:311) (Super) Media: ANSI Codes: [Rendimiento/productividad]</p> <p>tendrá más calidad si le puedo dedicar más tiempo a un paciente, si lo veo en menos tiempo es todo lo contrario, pero bueno.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:133 (315:317) (Super) Media: ANSI Codes: [Rendimiento/productividad]</p> <p>Lo que pasa hombre es que tenemos que tener un poco a nivel hospitalario nosotros si tenemos que tener lo que se dice cero, producción interna cero</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:177 (465:467) (Super) Media: ANSI Codes: [Rendimiento/productividad]</p> <p>te exigen hacer un trabajo que es como fabricar coches cuando no hay pedidos que haces montas y desmontas tuercas?</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:264 (818:820) (Super) Media: ANSI Codes: [indicador paciente/día] [Rendimiento/productividad]</p> <p>si yo sé en torno hace un par de años el diario estaba entorno a los 200 y pico pacientes al día si</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:286 (912:914) (Super) Media: ANSI Codes: [Rendimiento/productividad]</p> <p>la observación tiene,... posibles son 20 camas posible en observación pero con el pasillo a veces tenemos treinta y tantas camas para un médico,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:295 (941:943) (Super) Media: ANSI Codes: [Rendimiento/productividad]</p> <p>ampliaron la observación porque teníamos 9 camas en observación y 3 de críticos y ahora tenemos 17 camas, en observación y 3 de críticos pero con el mismo personal,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:492 (1495:1498) (Super) Media: ANSI Codes: [Rendimiento/productividad]</p>
--	--

teóricamente deberían de ser pues... llegamos a tener hasta treinta a veces o sea que para uno solo pues a lo mejor eso es mucho porque ten en cuenta que solamente los que hay más los que van entrando

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:494 (1502:1508) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Rendimiento/productividad]

.sabes que cuando hay ese volumen de paciente pues es bastante difícil en ese sentido y es lo que más te puede agobiar y cuando vengo por las mañanas lo que más me agobia es cuantas camas hay y si hay menos pues se lleva bien además se nota mucho cuando hay menos paciente que puede haber 10 12 se lleva más o menos pero bueno en ese sentido sería ideal.

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:509 (1588:1591) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Rendimiento/productividad]

Porque atender a 15 pacientes a lo mejor que puede ser la media pues que tengas que mirarlos en una hora pues necesitas reevaluar todas las cosas y demás y eso.

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:513 (1605:1607) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Rendimiento/productividad]

si no hay un corre que te pilló .. Porque te llegan otros y te agobias muchos, a mí lo que más me agobia sobre todo es ese tema

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:514 (1607:1612) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Rendimiento/productividad]

o si estas en consulta y ha habido mucha gente y que te ves ahí 30 historias, ya tengo que empezar ahí a ver... que no es lo mismo verte poquito a poco que no cuando ves , cuando sabes que te están esperando 10 no es lo mismo que cuando te están esperando 3

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - - 2:38 (171:174) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Rendimiento/productividad]

es media hora que tienes entre tu pase y la familia cuando tienes que ver pues yo que sé, ahí puede acumularse como 28 pacientes, en media hora pues que no los ves,

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:44 (187:189) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Rendimiento/productividad]

	<p>y no es cuestión de dar altas a diestro y siniestro sino que tienes que ver a los enfermos necesitas el tiempo necesario ..</p> <p>P 1: TRASCRIpcIONES.txt - 1:264 (818:820) (Super) Media: ANSI Codes: [[Rendimiento/productividad]</p> <p>si yo sé en torno hace un par de años el diario estaba entorno a los 200 y pico pacientes al día si</p>
--	--

CÓDIGO	CITAS
Tiempo en el servicio {8-0}	<p>P 1: TRASCRIpcIONES.txt - 1:4 (24:24) (Super) Media: ANSI Codes: [Tiempo en el servicio]</p> <p>llevo trabajando en el servicio 4 años</p> <p>P 1: TRASCRIpcIONES.txt - 1:8 (24:25) (Super) Media: ANSI Codes: [Tiempo en el servicio]</p> <p>algo más de 4 años algo más de 4 años , en el DCCU en el equipo móvil he</p> <p>P 1: TRASCRIpcIONES.txt - 1:219 (684:685) (Super) Media: ANSI Codes: [Tiempo en el servicio]</p> <p>aquí en este hospital va a hacer ahora 4 años.</p> <p>P 1: TRASCRIpcIONES.txt - 1:270 (870:874) (Super) Media: ANSI Codes: [Tiempo en el servicio]</p> <p>aquí en este hospital llevo desde el 87 estuve... 2 años en medicina interna desde el 92 al 94, porque entonces no había internistas y nos subieron a unos cuantos de urgencias, vamos a dos, y después en el 94 ya volví a urgencias, y aquí estoy, o sea que desde 87,</p> <p>P 1: TRASCRIpcIONES.txt - 1:347 (1132:1136) (Super) Media: ANSI Codes: [Tiempo en el servicio]</p> <p>aquí llevo pues 9 e 10 meses, y en otros sitios pues llevo ya desde.... hice la especialidad acabe la especialidad en el 2003 y llevo desde que acabe la especialidad pues trabajando de forma ininterrumpida dentro do lo que es mi especialidad,</p> <p>P 1: TRASCRIpcIONES.txt - 1:487 (1479:1483) (Super)</p>

	<p>Media: ANSI Codes: [Tiempo en el servicio]</p> <p>pues hice la residencia aquí como médico de familia y empecé en el año 98 como médico residente hasta que en 2001 y en el mismo año me contrataros como médico de urgencias, me dieron una interinidad hace dos años</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:9 (39:40) (Super) Media: ANSI Codes: [Tiempo en el servicio]</p> <p>yo llevo muy poco tiempo aquí,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:10 (40:42) (Super) Media: ANSI Codes: [Tiempo en el servicio]</p> <p>llevo tres meses u medio casi cuatro entonces todavía no... como si dijéramos que no he aterrizado</p>
--	--

CÓDIGO	CITAS
tiempo jornada laboral {2-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:262 (813:815) (Super) Media: ANSI Codes: [tiempo jornada laboral]</p> <p>tenemos turnos de distinta rotación pero están en torno a las 12 horas en general, hace más tiempo si tuvimos 24 horas</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 2:24 (100:101) (Super) Media: ANSI Codes: [tiempo jornada laboral]</p> <p>pues entro de 8 a 15 normalmente de 9 a tres, mas las guardias que son cada seis días.</p>

CÓDIGO	CITAS
tipo de enfermedad {1-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:218 (679:683) (Super) Media: ANSI Codes: [tipo de enfermedad]</p> <p>los pacientes que solicitan ¿¿eh?, nuestra ayuda, una vez lo asistes en una parta, que son más vánales u otros que puedan ser de enfermedades más graves o de enfermedades mas crónicas que son largas en el tiempo y que tienen distintas enfermedades juntas y hay que evaluar todo eso</p>

CÓDIGO	CITAS
tipo de paciente que ven {1-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:229 (67:71) (Super) Media: ANSI Codes: [tipo de paciente que ven]</p> <p>colegios institutos, todo, domicilios particulares y vía pública incluida urbana como carretera, interurbana y todo porque vamos desde rescate a las playas con inmigrantes a senderistas que se han caído por un carril o una vereda lo cubrimos todo.</p>

CÓDIGO	CITAS
Valoración de los profesionales {19-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:221 (691:692) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración de los profesionales]</p> <p>pues la verdad es que hay grandes profesionales en urgencias yo no me canso nunca de decirlo,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:222 (692:694) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración de los profesionales]</p> <p>yo pienso que los recursos humanos son muy importantes y en este tipo de trabajo más que se viven situaciones a veces un poco limites, no?</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:224 (694:698) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración de los profesionales]</p> <p>o que llamamos la emergencia que son situaciones más críticas, entonces es importante por supuesto que cuentas con el apoyo de ese personal que va a estar atento y dispuesto a responder a lo que tú le solicitas en ese momento,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:235 (710:711) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración de los profesionales]</p> <p>hay unos profesionales que son de mucha valía</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:297 (947:948) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración de los profesionales]</p> <p>Hay gente que está bien preparada hay gente novata como en todos lados</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:352 (1161:1164) (Super) Media: ANSI</p>

	<p>Codes: [Valoración de los profesionales]</p> <p>hay gente que quiere que esto funcione, pero hay otra gente que o no quiere, o no le interesa, o que está muy cómodo tal como estaba antes</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:353 (1166:1172) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración de los profesionales]</p> <p>hombre aunque yo pienso que esto es un sistema público que esto digamos que no es de nadie, pero si tu estas en un sitio y no te sientes parte de ese sitio, mal, muy mal. ¿eh? pues entonces tu vienes aquí a ... echar la peoná como si estuvieras en una obra y nosotros no somos obreros ¿eh?, nosotros no estamos aquí poniendo ladrillos sino que estamos más implicados, vamos ese es mi punto de vista en ese aspecto.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:359 (1185:1186) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración de los profesionales]</p> <p>porque una cosa que funciona mal y está lejos o eres de aquí o no vienes,</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:418 (1883:1887) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración de los profesionales]</p> <p>... antes comente que me sentía valorado, quizás estoy pensando en mi propio trabajo pero a lo mejor pensándolo bien los propios compañeros no los veo que se les valore mucho ¿eh?, los compañeros de urgencias</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:430 (1213:1214) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración de los profesionales]</p> <p>porque he coincidido con profesionales que trabajan bien</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:438 (1233:1233) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración de los profesionales]</p> <p>se parte de la base que hay gente muy válida</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:447 (1267:1270) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración de los profesionales]</p> <p>aquí se... nos comparamos mucho se trata de comparar porque esto es un área sanitaria ¿eh? formada por dos hospitales, ¿eh?, se trata de compararnos o de vernos respecto al otro hospital al hospital</p>
--	--

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:482 (1456:1458) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Valoración de los profesionales]

... los demás pocas cosas bonitas te habrán dicho te habrán dicho muchas cosas regulares por así decirlo y bueno partiendo de eso... yo pienso que se pueden hacer cosas

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:495 (1510:1510) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Valoración de los profesionales]

el resto de profesionales, enfermería, ves que están bien

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 1:522 (1649:1652) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Valoración de los profesionales]

Y cuando ya la familia te dice gracias o luego incluso la gente que te diga en ese sentido...pues eso hay mucha más en observación el mismo te da las gracias, pero otras veces no...

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 2:27 (111:112) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Valoración de los profesionales]

yo creo que se trata peor a los médicos que se encuentran en urgencias

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 2:28 (111:116) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Valoración de los profesionales]

pues, yo creo que se trata peor a los médicos que se encuentran en urgencias y cuando llega el especialista pues como que es el que te va a resolver el problema, y cambia mucho el trato del médico del paciente que te ven urgencias y de un paciente que te ve en UCI,

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 2:29 (118:118) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Valoración de los profesionales]

cuando ven al especialista se quedan más tranquilos

P 1: TRASCRIPTACIONES.txt - 2:30 (120:121) (Super)
Media: ANSI
Codes: [Valoración de los profesionales]

mayor pues desconfían, eso se nota, o a veces me han dicho y el médico cuando va a venir, no?

CÓDIGO	CITAS
Valoración trabajo realizado {21-0}	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:131 (307:311) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración trabajo realizado]</p> <p>la calidad seria lo contrario no todos lo que pueda yo ver en una hora sino el tiempo que le puedo dedicar a un paciente, tendrá más calidad si le puedo dedicar más tiempo a un paciente, si lo veo en menos tiempo es todo lo contrario, pero bueno. Esos aspectos pues uno no los entiende, son imposibles.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:142 (346:350) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración trabajo realizado]</p> <p>se nos pide en ese aspecto buena disposición cuando no se dan cuenta que nuestro trabajo es a turnos a lo mejor tengo un martes libre pero he trabajado un domingo o he estado toda la noche 24 horas tienes tu descanso pero a expensas de algo no regalado</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:143 (350:352) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración trabajo realizado]</p> <p>la disposición de nuestro tiempo libre como es el único por la mañana parece como que tengo que hacerlo será como un día laborable para ti</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:174 (455:458) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración trabajo realizado]</p> <p>trabajaremos mal pero yo creo que demasiado... porque trabajamos sin jefe y debería estar más desmantelado, entonces algo sí que creo que no se nos valora</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:175 (458:462) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración trabajo realizado]</p> <p>No se nos valora nuestro trabajo muchas veces a lo mejor siendo de urgencias y dependiendo de un tele operador a lo mejor sino te llaman pues no tienes asistencia y te tiras 4 o 5 horas sin ver a nadie entonces en parte es un reproche por parte de los superiores</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:178 (469:471) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración trabajo realizado]</p> <p>A nivel de la administración la observación de esto es cero no existe porque trabajamos solos nadie ve nuestro trabajo.</p>

	<p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:179 (471:475) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración trabajo realizado]</p> <p>Muchas veces cuando nos hacen la entrevista de para un rendimiento profesional porque hay un complemento de rendimiento profesional, te valoran te hacen una entrevista y te valoran un trabajo alguien que no te ha visto trabajar en su vida</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:180 (475:479) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración trabajo realizado]</p> <p>Y no sabes lo que haces ni lo que haces mal ni bien. Si te dicen como es tu trato con los pacientes como lo puntuarías de 0 a 10 y no sé qué criterios hay para yo... y digo no se un 8 y dice pues te voy a poner un 6, eso es una objetividad absoluta y son cosas que no hombre...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:181 (480:481) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración trabajo realizado]</p> <p>trabajamos solos absolutamente y no hay ninguna medición de nada ni nada, pero bueno.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:182 (481:483) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración trabajo realizado]</p> <p>Lo bien o mal que hablen de nosotros que es lo único que hay y afortunadamente hablan muy bien, entre los compañeros de emergencias, el centro coordinador.</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:236 (711:713) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración trabajo realizado]</p> <p>pero en algunas partes pues necesita un, definir las funciones cada uno un poco mejor no? y quizás, ¿eh?...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:252 (780:781) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración trabajo realizado]</p> <p>mi trabajo sea lo más útil posible para atender a los pacientes que vienen y ... espero que por los compañeros pues...</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:298 (948:949) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración trabajo realizado]</p> <p>la gente normalmente se involucra bastante</p>
--	--

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:299 (949:952) (Super)
 Media: ANSI
 Codes: [funcionamiento del servicio] [Valoración trabajo realizado]

yo creo que funciona porque los que trabajamos aquí nos preocupamos por el servicio y por todas esas cosas, cuando falta alguno nos llamamos el uno al otro pues vente para acá...

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:301 (955:956) (Super)
 Media: ANSI
 Codes: [Valoración trabajo realizado]

que yo creo que la gente se involucra bastante,

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:321 (1020:1022) (Super)
 Media: ANSI
 Codes: [Valoración trabajo realizado]

hombre yo llevo aquí muchos años ya hay mucha gente que me conoce y yo creo que sí que la mayoría

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:322 (1022:1029) (Super)
 Media: ANSI
 Codes: [Valoración trabajo realizado]

yo creo que sí, creo. será por la vejez, pero vamos, pero si porque bueno,,, eso lo notas en cuanto vienen a preguntarte el personal de la casa que van abajo y te buscas para que lo veas o le hagas eso, problemas familiar, o sea que.... por eso, eso sí, será también porque llevamos mas años no, y ya la gente te conoce más se fijan más, a lo mejor que uno que acaba de llegar que no lo conoce aunque sea mejor médico, ¿no?

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:336 (1076:1077) (Super)
 Media: ANSI
 Codes: [Valoración trabajo realizado]

hombre y o cuando empecé aquí éramos 3 médicos ahora somos 5 y antes se trabajaba mejor

P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:481 (1445:1450) (Super)
 Media: ANSI
 Codes: [Valoración trabajo realizado]

Que estamos pues estamos ralentizando el intento porque es que no, tenemos mucha actividad y claro son unas actividades digamos extra, ¿eh? que se nos pide se nos solicita y que yo pienso que deberíamos de tomar parte porque luego no tendríamos derecho, porque si se nos ofrece y no participamos luego no tenemos derecho a protestar y no

	<p>tenemos derecho a nada</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:488 (1487:1487) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración trabajo realizado]</p> <p>... hombre porque me gusta lo que hago</p> <p>P 1: TRASCRIPCIONES.txt - 1:515 (1613:1616) (Super) Media: ANSI Codes: [Valoración trabajo realizado]</p> <p>no por trabajar no es el trabajo.. eso me da igual si no es por la forma de trabajar que no lo haces bien a lo mejor, tienes que ir más rápido y repercute sobre todo en el paciente en ese sentido no es lo mismo que lo veas bien....</p>
--	--

ANEXO VII

**ELABORACIÓN DE ÍTEMS A PARTIR DE LOS
RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ABORDAJE
MULTIMÉTODO**

Dimensión 1 Productividad.

ESCALA CLIMA LABORAL	FACTOR			ÍTEMS PROPUESTOS (Aparecen en la escala)	
	PRODUCTIVIDAD				1. Nos sentimos orgullosos de nuestro trabajo. 2. Nuestro grupo de trabajo es conocido por la calidad de su trabajo. 3. Tenemos un propósito común. 4. Nos esforzamos por entender las necesidades de nuestros usuarios. 5. Nos sabemos adaptar a nuevas circunstancias. 6. Nos esforzamos por lograr buenos resultados.
ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	METACÓDIGO	FAMILIA DE CÓDIGOS	CÓDIGOS	ÍTEMS PROPUESTOS (Añadidos a partir del análisis de contenido)	
	PRODUCTIVIDAD	INFRAESTRUCTURA RECURSOS DEL CENTRO	INFRAESTRUCTURA/RECURSOS	7. Contamos con los recursos y la infraestructura necesaria para realizar nuestro trabajo.	
		RENDIMIENTO/PRODUCTIVIDAD	RENDIMIENTO/PRODUCTIVIDAD	FORMACIÓN CONTINUADA	8. Recibimos la formación necesaria para realizar nuestro trabajo.
				RENDIMIENTO/PRODUCTIVIDAD	9 Se conoce a nuestro equipo de trabajo por nuestra productividad y alto rendimiento.
				TIEMPO EN EL SERVICIO	10. Tenemos la experiencia necesaria para realizar bien nuestro trabajo
				TIPO DE JORNADA LABORAL	11. Nuestra jornada laboral es adecuada para desarrollar nuestro trabajo.
				MOTIVACIÓN E INCENTIVACIÓN	12 Nos sentimos motivados realizando nuestro trabajo. 13. Se nos reconoce lo bien que realizamos nuestro trabajo.
COMPARATIVA CON OTROS HOSPITALES	14. la cantidad de trabajo que realizo es similar al de otros centros donde he trabajado.				

			INDICADOR PACIENTE/DEDICACIÓN	15. Disponemos del tiempo necesario para atender a nuestro usuario. 16. Dispongo del tiempo necesario para realizar bien mi trabajo.
--	--	--	----------------------------------	---

Dimensión 2: RELACIÓN LABORAL

ESCALA CLIMA LABORAL	FACTOR			ÍTEMS PROPUESTOS (aparecen en la escala)	
	RELACIÓN LABORAL INTRAGRUPAL				17. Entendemos la importancia del trabajo de cada miembro del grupo.
					18. Somos conscientes de las habilidades de cada uno.
					19. Nos esforzamos por mejorar nuestras actuaciones.
				20. Prestamos atención a cómo de bien trabajamos juntos.	
ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	METACÓDOGO	FAMILIA DE CÓDIGOS	CÓDIGOS	ÍTEMS PROPUESTOS (Añadidos a partir del análisis de contenido)	
	RELACION LABORAL	COMUNICACIÓN	COMUNICACIÓN	21. Tenemos buena comunicación entre los miembros del equipo de trabajo.	
		RELACIONES INTERPERSONALES	RELACIONES PROFESIONALES	22. Tenemos buena relación entre todos los miembros del equipo de trabajo.	
			COMPONENTES DEL EQUIPO DE TRABAJO	23. Me siento a gusto trabajando con los demás componentes de mi equipo de trabajo.	
			RELACIONES PERSONALES	24. Mantenemos buenas relaciones personales con los demás miembros de trabajo.	
		RELACIÓN CON EL ADMINISTRADOR DEL GRUPO DE TRABAJO	RELACIÓN CON EL ADMINISTRADOR (JEFE)	25. Tenemos buena relación con nuestro director de equipo de trabajo.	
		AMBIENTE TRABAJO	AMBIENTE GRUPAL DE TRABAJO	26. Trabajamos en un buen clima de grupo de trabajo.	
MOTIVOS DE ENTRAR EN EL GRUPO			27. Uno de los motivos de entrar al grupo de trabajo es que ya conocía a alguno de sus miembros.		

Dimensión 3: TRABAJO INDIVIDUAL

ESCALA CLIMA LABORAL	FACTOR			ÍTEMS PROPUESTOS (Aparecen en la escala)
	TRABAJO INDIVIDUAL			
ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	METACÓDOGO	FAMILIA DE CÓDIGOS	CÓDIGOS	ÍTEMS PROPUESTOS (Añadidos a partir del análisis de contenido)
	TRABAJO INDIVIDUAL	PROTOCOLO DE ACTUACIÓN	PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN	33. Nuestro trabajo siempre es guiado por unos protocolos de actuación.
		COMPETENCIAS	COMPETENCIAS PROFESIONALES	34. Conocemos las carencias profesionales que tenemos al desarrollar nuestro trabajo.
			FUNCIONES	35. . Conocemos las funciones que tienen cada uno de los miembros del equipo de trabajo.

Dimensión 4: SATISFACCIÓN LABORAL.

ESCALA CLIMA	FACTOR			ÍTEMS PROPUESTOS (aparecen en la escala)	
	SATISFACCIÓN LABORAL				36. Sentimos que nuestro trabajo es importante. 37. Desarrollamos nuestras habilidades y conocimientos. 38. Tenemos claro qué se espera de nuestro trabajo.
ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	METACÓDIGO	FAMILIA DE CÓDIGOS	CÓDIGOS	ÍTEMS PROPUESTOS (Añadidos a partir del análisis de contenido)	
	SATISFACCIÓN LABORAL	VALORACIÓN TRABAJO REALIZADO	VALORACIÓN DE LA PROFESIÓN	39. Nuestros compañeros valoran nuestra profesión.	
		EXPECTATIVAS GRUPO PROFESIONALES	VALORACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO		40. Se nos valora el trabajo que realizamos.
			EXPECTATIVAS PROFESIONALES		41. Nuestras expectativas cuando entramos al equipo de trabajo se han cumplido.
		ESPECIALIDAD PROFESIONAL		42. Siento que nuestra especialización es reconocida por los compañeros.	

Dimensión 5: CARACTERÍSTICAS PROPIAS DEL SERVICIO.

ESCALA CLIMA	FACTOR			ÍTEMS PROPUESTOS (aparecen en la escala)
	No hay			
ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	METACÓDIGO	FAMILIA DE CÓDIGOS	CÓDIGOS	ÍTEMS PROPUESTOS (Añadidos a partir del análisis de contenido)
	CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO	PERFIL PACIENTE	TIPO DE PACIENTE QUE ATIENDE	43 .El tipo de paciente al que atendemos se ajusta a la especialización del servicio.
			TIPO DE ENFERMEDAD	44. El tipo de problemática que presentan nuestros pacientes se ajustan a la especialidad de nuestro servicio.
			RELACIÓN CON EL PACIENTE	45. Tenemos buena relación con nuestros pacientes.
			RELACIÓN PACIENTE HOSPITAL	46. . Nuestros pacientes tienen buena relación con el hospital donde trabajamos.
			FAMILIARES	47. Tenemos buena relación con los familiares de nuestros pacientes.
			PERFIL PACIENTE	48. Conocemos muy bien las características que tienen nuestros pacientes.
			RELACIÓN CON EL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS	49. . Coordinamos nuestro trabajo con los demás servicios del Hospital.
			EMERGENCIAS	50. Siempre atendemos pacientes que vienen en estado de emergencia.
	CARENCIAS GRUPO DE	CARENCIAS	51. Conocemos nuestras carencias a la hora de desempeñar nuestro trabajo.	

		TRABAJO	CONFLICTO	52. Sabemos gestionar el conflicto que se genera entre nosotros.
		PROPUESTAS DE MEJORA	MEJORAS	53. Se nos permite hacer propuestas para mejorar nuestro trabajo.
		CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO	CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO	54. Las características de nuestro servicio son las apropiadas para desempeñar nuestro trabajo.
			FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO	55. Nuestro servicio funciona correctamente.
			RELACIÓN CON OTROS SERVICIOS DEL HOSPITAL	56. .Tenemos buena relación con los demás servicios del centro.

AÑADIR.

Dimensión Global

Pregunta Omnibus:

57. El clima laboral de mi grupo de trabajo es bueno

ANEXO VIII
**ESCALA DE CALIDAD DEL CLIMA LABORAL (VALIDEZ
DE CONTENIDO)**

ESCALA DE CLIMA LABORAL: VALIDEZ DE CONTENIDO

Definición de las dimensiones:

Dimensión 1. Productividad: todos aquellos aspectos psicobiosociales que influyen en el rendimiento de los trabajadores (e.g., los recursos y la infraestructura, la formación o la experiencia laboral), así como en la calidad del trabajo que realizan (Salazar, Guerrero, Machado y Cañedo, 2009; Salgado, Remeseiro e Iglesias, 1996).

Dimensión 2. Relación Laboral: todos los procesos de interacción que se generan dentro del grupo de trabajo como, por ejemplo, la comunicación, la confianza, el tipo de relación con los compañeros o con el director del grupo (Litwin y Stringer, 1999).

Dimensión 3. Trabajo individual: todos aquellos aspectos relacionados con el desempeño laboral de cada uno de los componentes del grupo de trabajo, destacando los protocolos de actuación, la delimitación de funciones y las responsabilidades de cada uno de los miembros del grupo (Likert, 1967)

Dimensión 4. Satisfacción Laboral: todos los aspectos psico-sociológicos de la satisfacción, motivación e incentivos por parte de los profesionales como, por ejemplo, satisfacción con las tareas, con las oportunidades de promoción o con el salario (Brunet, 1997; Chiang, 2010; Juárez-Adauta, 2012; Locke, 1968; Muñoz-Seco, Benejam, Torrent-Quetglas, y Linares-Pou, 2006).

Dimensión 5. Características Propias del Servicio: características intrínsecas del servicio, así como sus principales problemáticas relacionadas con el ejercicio de la profesión (perfil del paciente, organización, tiempos de ejecución de tareas, coordinación con otros servicios, etc.).

INSTRUCCIONES

Por favor, valore de 1 a 5 el grado de representatividad, utilidad y viabilidad (siendo 1 el grado más bajo y 5 el más alto), de cada uno de los indicadores presentados con la dimensión a la que pertenezca.

Si lo considera oportuno, puede realizar algún comentario adicional sobre la idoneidad de cada indicador (por ejemplo, propuesta de mejor redacción del ítem).

Datos demográficos

1. Edad

.....

2. Género

Marca solo un óvalo.

- Hombre
- Mujer

3. Profesión

.....

4. Especialidad

.....

5. Tiempo ejerciendo su profesión

.....

Escala de calidad del clima laboral: Representatividad

Representatividad: grado en que cada ítem representa a su dimensión.

6. 1R. Nos sentimos orgullosos de nuestro trabajo.

Dimensión: Productividad

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

7. (Comentario Opcional)

.....

8. 2R. Nuestro grupo de trabajo es conocido por la calidad de su trabajo.

Dimensión: Productividad

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

9. (Comentario Opcional)

.....

17. (Comentario Opcional)

.....

18. **7R. Contamos con los recursos y la infraestructura necesaria para realizar nuestro trabajo.**

Dimensión: Productividad

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

19. (Comentario Opcional)

.....

20. **8R. Recibimos la formación necesaria para realizar nuestro trabajo.**

Dimensión: Productividad

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

21. (Comentario Opcional)

.....

22. **9R. Se conoce a nuestro equipo de trabajo por nuestra productividad y alto rendimiento.**

Dimensión: Productividad

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

23. (Comentario Opcional)

.....

31. (Comentario Opcional)

32. **14R. La cantidad de trabajo que realizo es similar a la de otros centros donde he trabajado.**

Dimensión: Productividad

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

33. (Comentario Opcional)

34. **15R. Disponemos del tiempo necesario para atender a nuestro usuario.**

Dimensión: Productividad

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

35. (Comentario Opcional)

36. **16R. Dispongo del tiempo necesario para realizar bien mi trabajo.**

Dimensión: Productividad

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

37. (Comentario Opcional)

38. **17R. Entendemos la importancia del trabajo de cada miembro del grupo.**

Dimensión: Relación Laboral
 Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

39. **(Comentario Opcional)**

.....

40. **18R. Somos conscientes de las habilidades de cada uno.**

Dimensión: Relación Laboral
 Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

41. **(Comentario Opcional)**

.....

42. **19R. Nos esforzamos por mejorar nuestras actuaciones.**

Dimensión: Relación Laboral
 Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

43. **(Comentario Opcional)**

.....

44. **20R. Prestamos atención a cómo de bien trabajamos juntos.**

Dimensión: Relación Laboral
 Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

45. (Comentario Opcional)

.....

46. **21R. Tenemos buena comunicación entre los miembros del equipo de trabajo.**

Dimensión: Relación Laboral

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

47. (Comentario Opcional)

.....

48. **22R. Tenemos buena relación entre todos los miembros del equipo de trabajo.**

Dimensión: Relación Laboral

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

49. (Comentario Opcional)

.....

50. **23R. Me siento a gusto trabajando con los demás componentes de mi equipo de trabajo.**

Dimensión: Relación Laboral

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

51. (Comentario Opcional)

.....

52. **24R. Mantenemos buenas relaciones personales con los demás miembros de trabajo.**

Dimensión: Relación Laboral

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

53. **(Comentario Opcional)**

.....

54. **25R. Tenemos buena relación con nuestro director de equipo de trabajo.**

Dimensión: Relación Laboral

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

55. **(Comentario Opcional)**

.....

56. **26R. Trabajamos en un buen clima de grupo de trabajo.**

Dimensión: Relación Laboral

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

57. **(Comentario Opcional)**

.....

58. **27R. Uno de los motivos de entrar al grupo de trabajo es que ya conocía a alguno de sus miembros**

Dimensión: Relación Laboral

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

59. (Comentario Opcional)

696

60. **28R. Se nos reconoce nuestras aportaciones personales.**

Dimensión: Trabajo Individual

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

61. (Comentario Opcional)

62. **29R. Tenemos los recursos necesarios para hacer nuestro trabajo bien.**

Dimensión: Trabajo Individual

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

63. (Comentario Opcional)

64. **30R. Seguimos un plan para dirigir nuestras actividades.**

Dimensión: Trabajo Individual

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

65. (Comentario Opcional)

66. 31R. Participamos en las decisiones de nuestro grupo de trabajo.

Dimensión: Trabajo Individual
 Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

67. (Comentario Opcional)

.....

68. 32R. Nuestro grupo de trabajo es productivo.

Dimensión: Trabajo Individual
 Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

69. (Comentario Opcional)

.....

70. 33R. Nuestro trabajo siempre es guiado por unos protocolos de actuación.

Dimensión: Trabajo Individual
 Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

71. (Comentario Opcional)

.....

72. 34R. Conocemos las carencias profesionales que tenemos al desarrollar nuestro trabajo.

Dimensión: Trabajo Individual
 Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

73. (Comentario Opcional)

74. **35R. Conocemos las funciones que tienen cada uno de los miembros del equipo de trabajo.**

Dimensión: Trabajo Individual

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

75. (Comentario Opcional)

76. **36R. Sentimos que nuestro trabajo es importante.**

Dimensión: Satisfacción Laboral

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

77. (Comentario Opcional)

78. **37R. Desarrollamos nuestras habilidades y conocimientos.**

Dimensión: Satisfacción Laboral

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

79. (Comentario Opcional)

80. **38R. Tenemos claro qué se espera de nuestro trabajo.**

Dimensión: Satisfacción Laboral
 Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

81. **(Comentario Opcional)**

.....

82. **39R. Nuestros compañeros valoran nuestra profesión.**

Dimensión: Satisfacción Laboral
 Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

83. **(Comentario Opcional)**

.....

84. **40R. Se nos valora el trabajo que realizamos.**

Dimensión: Satisfacción Laboral
 Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

85. **(Comentario Opcional)**

.....

86. **41R. Nuestras expectativas cuando entramos al equipo de trabajo se han cumplido.**

Dimensión: Satisfacción Laboral
 Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

87. (Comentario Opcional)

88. **42R. Siento que nuestra especialización es reconocida por los compañeros.**

Dimensión: Satisfacción Laboral

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

89. (Comentario Opcional)

90. **43R. El tipo de paciente al que atendemos se ajusta a la especialización del servicio.**

Dimensión: Características del Servicio

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

91. (Comentario Opcional)

92. **44R. El tipo de problemática que presentan nuestros pacientes se ajustan a la especialidad de nuestro servicio.**

Dimensión: Características del Servicio

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

93. (Comentario Opcional)

101. (Comentario Opcional)

702

.....

102. **49R. Coordinamos nuestro trabajo con los demás servicios del Hospital.**

Dimensión: Características del Servicio

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

103. (Comentario Opcional)

.....

104. **50R. Siempre atendemos pacientes que vienen en estado de emergencia.**

Dimensión: Características del Servicio

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

105. (Comentario Opcional)

.....

106. **51R. Conocemos nuestras carencias a la hora de desempeñar nuestro trabajo.**

Dimensión: Características del Servicio

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

107. (Comentario Opcional)

.....

108. **52R. Sabemos gestionar el conflicto que se genera entre nosotros.**

Dimensión: Características del Servicio
 Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

109. **(Comentario Opcional)**

.....

110. **53R. Se nos permite hacer propuestas para mejorar nuestro trabajo.**

Dimensión: Características del Servicio
 Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

111. **(Comentario Opcional)**

.....

112. **54R. Las características de nuestro servicio son las apropiadas para desempeñar nuestro trabajo.**

Dimensión: Características del Servicio
 Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

113. **(Comentario Opcional)**

.....

114. **55R. Nuestro servicio funciona correctamente.**

Dimensión: Características del Servicio
 Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

115. (Comentario Opcional)

704

.....

116. **56R. Tenemos buena relación con los demás servicios del centro.**

Dimensión: Características del Servicio

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

117. (Comentario Opcional)

.....

118. **57R. La calidad del clima laboral de mi grupo de trabajo es buena.**

Dimensión Global. Pregunta Omnibus

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada Representativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Representativo

119. (Comentario Opcional)

.....

Escala de calidad del clima laboral: Utilidad

Utilidad: en qué medida cada ítem específico es útil para evaluar la calidad del clima laboral con respecto al dominio asignado.

120. **1U. Nos sentimos orgullosos de nuestro trabajo.**

Dimensión: Productividad

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

121. (Comentario Opcional)

.....

122. **2U.Nuestro grupo de trabajo es conocido por la calidad de su trabajo.**

Dimensión: Productividad
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

123. **(Comentario Opcional)**

.....

124. **3U.Tenemos un propósito común.**

Dimensión: Productividad
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

125. **(Comentario Opcional)**

.....

126. **4U.Nos esforzamos por entender las necesidades de nuestros usuarios.**

Dimensión: Productividad
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

127. **(Comentario Opcional)**

.....

128. **5U.Nos sabemos adaptar a nuevas circunstancias.**

Dimensión: Productividad
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

129. **(Comentario Opcional)**

.....

130. **6U. Nos esforzamos por lograr buenos resultados.**

Dimensión: Productividad
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nada útil

131. **(Comentario Opcional)**

.....

132. **7U. Contamos con los recursos y la infraestructura necesaria para realizar nuestro trabajo.**

Dimensión: Productividad
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

133. **(Comentario Opcional)**

.....

134. **8U. Recibimos la formación necesaria para realizar nuestro trabajo.**

Dimensión: Productividad
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

135. **(Comentario Opcional)**

.....

136. **9U. Se conoce a nuestro equipo de trabajo por nuestra productividad y alto rendimiento.**

Dimensión: Productividad
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

137. **(Comentario Opcional)**

.....

138. **10U. Tenemos la experiencia necesaria para realizar bien nuestro trabajo.**

Dimensión: Productividad
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

139. **(Comentario Opcional)**

.....

140. **11U. Nuestra jornada laboral es adecuada para desarrollar nuestro trabajo.**

Dimensión: Productividad
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

141. **(Comentario Opcional)**

.....

142. **12U. Nos sentimos motivados realizando nuestro trabajo.**

Dimensión: Productividad
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

143. **(Comentario Opcional)**

.....

144. **13U. Se nos reconoce lo bien que realizamos nuestro trabajo.**

Dimensión: Productividad
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nada útil

145. **(Comentario Opcional)**

.....

146. **14U. La cantidad de trabajo que realizo es similar a la de otros centros donde he trabajado.**

Dimensión: Productividad
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

147. **(Comentario Opcional)**

.....

148. **15U. Disponemos del tiempo necesario para atender a nuestro usuario.**

Dimensión: Productividad
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

149. **(Comentario Opcional)**

.....

150. **16U. Dispongo del tiempo necesario para realizar bien mi trabajo.**

Dimensión: Productividad
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

151. **(Comentario Opcional)**

.....

152. **17U. Entendemos la importancia del trabajo de cada miembro del grupo.**

Dimensión: Relación Laboral
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

153. **(Comentario Opcional)**

.....

154. **18U. Somos conscientes de las habilidades de cada uno.**

Dimensión: Relación Laboral
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

155. **(Comentario Opcional)**

.....

156. **19U. Nos esforzamos por mejorar nuestras actuaciones.**

Dimensión: Relación Laboral
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

157. **(Comentario Opcional)**

.....

158. **20U. Prestamos atención a cómo de bien trabajamos juntos.**

Dimensión: Relación Laboral
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

159. **(Comentario Opcional)**

.....

160. **21U. Tenemos buena comunicación entre los miembros del equipo de trabajo.**

Dimensión: Relación Laboral
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

161. **(Comentario Opcional)**

.....

162. **22U. Tenemos buena relación entre todos los miembros del equipo de trabajo.**

Dimensión: Relación Laboral
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

163. **(Comentario Opcional)**

.....

164. **23U. Me siento a gusto trabajando con los demás componentes de mi equipo de trabajo.**

Dimensión: Relación Laboral
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

165. **(Comentario Opcional)**

.....

166. **24U. Mantenemos buenas relaciones personales con los demás miembros de trabajo.**

Dimensión: Relación Laboral
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

167. **(Comentario Opcional)**

.....

168. **25U. Tenemos buena relación con nuestro director de equipo de trabajo.**

Dimensión: Relación Laboral
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

169. **(Comentario Opcional)**

.....

170. **26U. Trabajamos en un buen clima de grupo de trabajo.**

Dimensión: Relación Laboral
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

171. **(Comentario Opcional)**

.....

172. **27U. Uno de los motivos de entrar al grupo de trabajo es que ya conocía a alguno de sus miembros.**

Dimensión: Relación Laboral
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

173. **(Comentario Opcional)**

.....

174. **28U. Se nos reconoce nuestras aportaciones personales.**

Dimensión: Trabajo Individual
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

175. **(Comentario Opcional)**

.....

176. **29U. Tenemos los recursos necesarios para hacer nuestro trabajo bien.**

Dimensión: Trabajo Individual
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

177. **(Comentario Opcional)**

.....

178. **30U. Seguimos un plan para dirigir nuestras actividades.**

Dimensión: Trabajo Individual
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

179. **(Comentario Opcional)**

.....

180. **31U. Participamos en las decisiones de nuestro grupo de trabajo.**

Dimensión: Trabajo Individual
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

181. **(Comentario Opcional)**

.....

182. **32U. Nuestro grupo de trabajo es productivo.**

Dimensión: Trabajo Individual
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

183. **(Comentario Opcional)**

.....

184. **33U. Nuestro trabajo siempre es guiado por unos protocolos de actuación.**

Dimensión: Trabajo Individual
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

185. **(Comentario Opcional)**

.....

186. **34U. Conocemos las carencias profesionales que tenemos al desarrollar nuestro trabajo.**

Dimensión: Trabajo Individual
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

187. **(Comentario Opcional)**

.....

188. **35U . Conocemos las funciones que tienen cada uno de los miembros del equipo de trabajo.**

Dimensión: Trabajo Individual
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

189. **(Comentario Opcional)**

.....

190. **36U. Sentimos que nuestro trabajo es importante.**

Dimensión: Satisfacción Laboral
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

191. **(Comentario Opcional)**

.....

192. **37U. Desarrollamos nuestras habilidades y conocimientos.**

Dimensión: Satisfacción Laboral
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

193. **(Comentario Opcional)**

.....

194. **38U. Tenemos claro qué se espera de nuestro trabajo.**

Dimensión: Satisfacción Laboral
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

195. **(Comentario Opcional)**

.....

196. **39U. Nuestros compañeros valoran nuestra profesión.**

Dimensión: Satisfacción Laboral
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

197. **(Comentario Opcional)**

.....

198. **40U. Se nos valora el trabajo que realizamos.**

Dimensión: Satisfacción Laboral
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

199. **(Comentario Opcional)**

.....

200. **41U. Nuestras expectativas cuando entramos al equipo de trabajo se han cumplido.**

Dimensión: Satisfacción Laboral
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

201. **(Comentario Opcional)**

.....

202. **42U. Siento que nuestra especialización es reconocida por los compañeros.**

Dimensión: Satisfacción Laboral
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

203. **(Comentario Opcional)**

.....

204. **43U. El tipo de paciente al que atendemos se ajusta a la especialización del servicio.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

205. **(Comentario Opcional)**

.....

206. **44U. El tipo de problemática que presentan nuestros pacientes se ajustan a la especialidad de nuestro servicio.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

207. **(Comentario Opcional)**

.....

208. **45U. Tenemos buena relación con nuestros pacientes.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

209. **(Comentario Opcional)**

.....

210. **46U. Nuestros pacientes tienen buena relación con el hospital donde trabajamos.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

211. **(Comentario Opcional)**

.....

212. **47U. Tenemos buena relación con los familiares de nuestros pacientes.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

213. **(Comentario Opcional)**

.....

214. **48U. Conocemos muy bien las características que tienen nuestros pacientes.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

215. **(Comentario Opcional)**

.....

216. **49U. Coordinamos nuestro trabajo con los demás servicios del Hospital.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

217. **(Comentario Opcional)**

.....

218. **50U. Siempre atendemos pacientes que vienen en estado de emergencia.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

219. **(Comentario Opcional)**

.....

220. **51U. Conocemos nuestras carencias a la hora de desempeñar nuestro trabajo.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

221. **(Comentario Opcional)**

.....

222. **52U. Sabemos gestionar el conflicto que se genera entre nosotros.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

223. **(Comentario Opcional)**

.....

224. **53U. Se nos permite hacer propuestas para mejorar nuestro trabajo.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

225. **(Comentario Opcional)**

.....

226. **54U. Las características de nuestro servicio son las apropiadas para desempeñar nuestro trabajo.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

227. **(Comentario Opcional)**

.....

228. **55U. Nuestro servicio funciona correctamente.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

229. **(Comentario Opcional)**

.....

230. **56U. Tenemos buena relación con los demás servicios del centro.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

231. **(Comentario Opcional)**

.....

232. **57U. La calidad del clima laboral de mi grupo de trabajo es buena.**

Dimensión Global. Pregunta Omnibus
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente útil

233. **(Comentario Opcional)**

.....

313. (Comentario Opcional)

729

.....

314. **41V. Nuestras expectativas cuando entramos al equipo de trabajo se han cumplido.**

Dimensión: Satisfacción Laboral

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada viable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente viable

315. (Comentario Opcional)

.....

316. **42V. Siento que nuestra especialización es reconocida por los compañeros.**

Dimensión: Satisfacción Laboral

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada viable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente viable

317. (Comentario Opcional)

.....

318. **43V. El tipo de paciente al que atendemos se ajusta a la especialización del servicio.**

Dimensión: Características del Servicio

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada viable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente viable

319. (Comentario Opcional)

.....

320. **44V. El tipo de problemática que presentan nuestros pacientes se ajustan a la especialidad de nuestro servicio.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada viable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente viable

321. **(Comentario Opcional)**

.....

322. **45V. Tenemos buena relación con nuestros pacientes.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada viable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente viable

323. **(Comentario Opcional)**

.....

324. **46V. Nuestros pacientes tienen buena relación con el hospital donde trabajamos.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada viable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente viable

325. **(Comentario Opcional)**

.....

326. **47V. Tenemos buena relación con los familiares de nuestros pacientes.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada viable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente viable

327. **(Comentario Opcional)**

.....

328. **48V. Conocemos muy bien las características que tienen nuestros pacientes.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada viable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente viable

329. **(Comentario Opcional)**

.....

330. **49V. Coordinamos nuestro trabajo con los demás servicios del Hospital.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada viable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente viable

331. **(Comentario Opcional)**

.....

332. **50V. Siempre atendemos pacientes que vienen en estado de emergencia.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada viable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente viable

333. **(Comentario Opcional)**

.....

334. **51V. Conocemos nuestras carencias a la hora de desempeñar nuestro trabajo.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada viable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente viable

335. **(Comentario Opcional)**

.....

336. **52V. Sabemos gestionar el conflicto que se genera entre nosotros.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada viable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente viable

337. **(Comentario Opcional)**

.....

338. **53V. Se nos permite hacer propuestas para mejorar nuestro trabajo.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada viable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente viable

339. **(Comentario Opcional)**

.....

340. **54V. Las características de nuestro servicio son las apropiadas para desempeñar nuestro trabajo.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada viable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente viable

341. **(Comentario Opcional)**

.....

342. **55V. Nuestro servicio funciona correctamente.**

Dimensión: Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada viable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente viable

343. **(Comentario Opcional)**

.....

344. **56V.Tenemos buena relación con los demás servicios del centro.**

Dimensión:Características del Servicio
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada viable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente viable

345. **(Comentario Opcional)**

.....

346. **57V. La calidad del clima laboral de mi grupo de trabajo es buena.**

Dimensión Global. Pregunta Omnibus
Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada viable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente viable

347. **(Comentario Opcional)**

.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Le agradecería que me enviara firmada la carta de Consentimiento Informado para Participantes de Investigación a la siguiente dirección de correo electrónico:

schacon@us.es

ANEXO IX
CARTA A LOS EXPERTOS (VALIDEZ DE CONTENIDO)

CARTA PARA EXPERTOS:

Estimado/a colega:

El objeto de esta carta es solicitarle su ayuda para participar en un juicio de expertos. Pretendemos analizar la idoneidad en la asignación de una serie de indicadores a distintas dimensiones de calidad del grupo de trabajo. Por este motivo, le enviamos, basándonos en el procedimiento de Osterlind (1989), un enlace para acceder al formulario en el que se incluyen los indicadores asignados a cada una de las dimensiones para valorar el grado de representatividad, utilidad y viabilidad de cada uno de los indicadores seleccionados.

Entendiendo por :

Representatividad: hace referencia al grado en que cada ítem representa el dominio asignado.

Utilidad: referido a la medida en que cada ítem específico es útil para evaluar la calidad del clima laboral con respecto al dominio asignado.

Viabilidad del dato: Referido a si las circunstancias posibilitaban la existencia del dato y su recogida

Enlace cuestionario:

<https://docs.google.com/forms/d/1tI79G92MNnaTMLjY9tDEGbkWbzMgC3XUVSkpDP6sQ3w/edit#>

Adjuntamos además un documento: consentimiento informado para participantes en investigación, donde se le informa tanto de las cuestiones éticas, como del uso de la información registrada.

Le agradeceríamos enormemente que nos lo enviara firmado.

Aprovechamos esta ocasión para enviarle un cordial saludo y darle las gracias anticipadas.

Atentamente.

Dr. Salvador Chacón Moscoso

Dra. Susana Sanduvete Chaves

D. José Antonio Lozano Lozano

ANEXO X
MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

Acepto participar voluntariamente en esta investigación que forma parte del proyecto de título *Calidad metodológica y eficacia desde la evidencia* (n° 1150096), cuyo investigador responsable es Salvador Chacón Moscoso.

Se me ha informado de que la meta de este estudio es elaborar un instrumento para medir clima laboral.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual llevará aproximadamente 40 minutos. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que exprese.

Conozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Mis respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

También sé que puedo retirarme de la investigación cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona, ni sanción ni reproche. Si algunas de las preguntas durante la entrevista me parecen incómodas o inapropiadas, tengo el derecho a hacérselo saber al investigador y a no responderlas.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, o para preguntar en cualquier momento alguna duda respecto a mi participación en esta investigación, puedo contactar con Salvador Chacón Moscoso llamando al teléfono 954557672 o en el correo electrónico schacon@us.es.

Firmaré dos ejemplares de esta ficha de consentimiento; uno me será entregado; el otro quedará en propiedad del investigador responsable.

Nombre del participante:

Firma:

Fecha:

ANEXO XI
NUEVA ESCALA DE CALIDAD DEL CLIMA LABORAL

ESCALA CALIDAD CLIMA LABORAL

INSTRUCCIONES

Con este cuestionario se pretende recoger información relevante acerca del clima laboral en los servicios de Urgencia, UCI y DECCU de este hospital. La información que se le pide es de uso exclusivo y anónimo para la tarea que estamos llevando a cabo sobre la calidad del clima laboral, por lo que su contenido es totalmente privado. Con el fin de garantizar la confidencialidad de sus respuestas, en ningún momento posterior se identificará esta información con la persona que la emite. Le rogamos que lea con detenimiento las preguntas y las responda sinceramente según su opinión. Una vez recogida la información, tendrá acceso a los datos obtenidos si así lo desea. Le agradecemos de antemano su tiempo y colaboración en esta tarea. Muchas gracias.

Datos Sociodemográficos

Edad:		Tiempo ejerciendo su profesión:	
Género:		Servicio en el que desarrolla su trabajo:	
Profesión:		Tiempo que lleva trabajando en este servicio:	
Especialidad:		Tipo de relación laboral: (contrato)	-Indefinido (plaza fija) -Interinidad -Eventual -Por obra y Servicio -Otro
Centro de trabajo:			

ÍTEMS	Siendo 1 Nada de Acuerdo y 5 Totalmente de Acuerdo
1. Nos sentimos orgullosos de nuestro trabajo.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
2. Nuestro grupo de trabajo es conocido por la calidad de su trabajo.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
3. Tenemos un propósito común.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
4. Nos esforzamos por entender las necesidades de nuestros usuarios.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
5. Nos sabemos adaptar a nuevas circunstancias.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
6. Nos esforzamos por lograr buenos resultados.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
7. Contamos con los recursos y la infraestructura necesaria para realizar nuestro trabajo.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
8 Recibimos la formación necesaria para realizar nuestro trabajo.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
9. Se conoce a nuestro equipo de trabajo por nuestra productividad y alto rendimiento.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
10. Tenemos la experiencia necesaria para realizar bien nuestro trabajo.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
11. Nuestra jornada laboral es adecuada para desarrollar nuestro trabajo.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
12. Nos sentimos motivados realizando nuestro trabajo.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
13. Se nos reconoce lo bien que realizamos nuestro trabajo.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
14. Entendemos la importancia del trabajo de cada miembro del grupo.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	

15. Somos conscientes de las habilidades de cada uno.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
16. Tenemos buena comunicación entre los miembros del equipo de trabajo.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
17. Tenemos buena relación entre todos los compañeros.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
18. Me siento a gusto trabajando con los demás componentes de mi equipo.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
19. Mantenemos buenas relaciones personales con los demás miembros de trabajo.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
20. Trabajamos en un buen clima de grupo de trabajo.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
21. Se nos reconoce nuestras aportaciones personales.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
22. Seguimos un plan para dirigir nuestras actividades.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
23. Participamos en las decisiones de nuestro grupo de trabajo.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
24. Conocemos las carencias profesionales que tenemos al desarrollar nuestro trabajo.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
25. Conocemos las funciones que tienen cada uno de los miembros del equipo de trabajo.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
26. Sentimos que nuestro trabajo es importante.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
27. Desarrollamos nuestras habilidades y conocimientos.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
28. Tenemos claro qué se espera de nuestro trabajo.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
29. Nuestros compañeros valoran nuestra profesión.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional	

30. Se nos valora el trabajo que realizamos.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
31. Nuestras expectativas cuando entramos al equipo de trabajo se han cumplido.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
32. Siento que nuestra especialización es reconocida por los compañeros.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
33. El tipo de paciente al que atendemos se ajusta a la especialización del servicio.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
34. El tipo de problemática que presentan nuestros pacientes se ajustan a la especialidad de nuestro servicio.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
35. Conocemos muy bien las características que tienen nuestros pacientes.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
36. Coordinamos nuestro trabajo con los demás servicios del Hospital.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
37. Conocemos nuestras carencias a la hora de desempeñar nuestro trabajo.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
38. Las características de nuestro servicio son las apropiadas para desempeñar nuestro trabajo.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
39. Nuestro servicio funciona correctamente.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
40. Tenemos buena relación con los demás servicios del centro.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	
41. La calidad del clima laboral de mi grupo de trabajo es buena.	1 2 3 4 5
Comentario Opcional:	

ANEXO XII
CORRELACIONES Y TEST ESTADÍSTICOS

Correlations and Test Statistics

(PE=Pearson Product Moment, PC=Polychoric, PS=Polyserial)

Variable vs. Variable		Test of Model	Test of Close Fit			RMSEA	P-Value
Variable vs. Variable	Correlation	Chi-Squ.	D.F.	P-Value			
C2 vs. C1	0.449 (PC)	22.742	15	0.090	0.051	0.982	
C3 vs. C1	0.538 (PC)	16.865	15	0.327	0.025	0.998	
C3 vs. C2	0.720 (PC)	24.810	15	0.053	0.057	0.968	
C4 vs. C1	0.581 (PC)	13.752	15	0.544	0.000	1.000	
C4 vs. C2	0.326 (PC)	27.812	15	0.023	0.065	0.935	
C4 vs. C3	0.442 (PC)	22.819	15	0.088	0.051	0.981	
C5 vs. C1	0.462 (PC)	22.476	15	0.096	0.050	0.982	
C5 vs. C2	0.216 (PC)	21.115	15	0.133	0.045	0.988	
C5 vs. C3	0.357 (PC)	20.813	15	0.143	0.044	0.990	
C5 vs. C4	0.555 (PC)	30.444	15	0.010	0.072	0.887	
C6 vs. C1	0.531 (PC)	6.329	11	0.851	0.000	1.000	
C6 vs. C2	0.337 (PC)	18.153	11	0.078	0.057	0.941	
C6 vs. C3	0.403 (PC)	17.416	11	0.096	0.054	0.952	
C6 vs. C4	0.630 (PC)	29.798	11	0.002	0.092	0.588	
C6 vs. C5	0.699 (PC)	19.817	11	0.048	0.063	0.908	
C7 vs. C1	0.245 (PC)	17.416	15	0.295	0.028	0.997	
C7 vs. C2	0.404 (PC)	16.423	15	0.354	0.022	0.998	
C7 vs. C3	0.503 (PC)	20.669	15	0.148	0.043	0.991	
C7 vs. C4	0.212 (PC)	13.685	15	0.550	0.000	1.000	
C7 vs. C5	0.144 (PC)	15.967	15	0.384	0.018	0.999	
C7 vs. C6	0.222 (PC)	19.511	11	0.053	0.062	0.918	
C8 vs. C1	0.271 (PC)	23.788	15	0.069	0.054	0.976	
C8 vs. C2	0.416 (PC)	15.217	15	0.436	0.008	0.999	
C8 vs. C3	0.516 (PC)	22.136	15	0.104	0.049	0.985	
C8 vs. C4	0.234 (PC)	23.466	15	0.075	0.053	0.977	
C8 vs. C5	0.159 (PC)	14.459	15	0.491	0.000	0.999	
C8 vs. C6	0.231 (PC)	15.880	11	0.146	0.047	0.970	
C8 vs. C7	0.589 (PC)	17.676	15	0.280	0.030	0.997	
C9 vs. C1	0.339 (PC)	9.078	15	0.873	0.000	1.000	
C9 vs. C2	0.622 (PC)	18.223	15	0.251	0.033	0.996	
C9 vs. C3	0.587 (PC)	13.857	15	0.536	0.000	1.000	
C9 vs. C4	0.324 (PC)	18.524	15	0.236	0.034	0.995	
C9 vs. C5	0.240 (PC)	18.627	15	0.231	0.035	0.995	
C9 vs. C6	0.288 (PC)	21.049	11	0.033	0.068	0.882	
C9 vs. C7	0.366 (PC)	33.749	15	0.004	0.079	0.819	
C9 vs. C8	0.551 (PC)	29.385	15	0.014	0.069	0.911	
C10 vs. C1	0.408 (PC)	23.989	15	0.065	0.055	0.974	
C10 vs. C2	0.150 (PC)	35.844	15	0.002	0.083	0.766	
C10 vs. C3	0.217 (PC)	32.428	15	0.006	0.076	0.854	
C10 vs. C4	0.334 (PC)	14.084	15	0.519	0.000	0.999	
C10 vs. C5	0.352 (PC)	30.514	15	0.010	0.072	0.888	
C10 vs. C6	0.383 (PC)	19.693	11	0.050	0.063	0.914	
C10 vs. C7	0.088 (PC)	19.925	15	0.175	0.040	0.993	
C10 vs. C8	0.255 (PC)	27.011	15	0.029	0.063	0.946	
C10 vs. C9	0.263 (PC)	37.490	15	0.001	0.087	0.714	
C11 vs. C1	0.488 (PC)	16.472	15	0.351	0.022	0.998	
C11 vs. C2	0.369 (PC)	28.262	15	0.020	0.066	0.928	
C11 vs. C3	0.479 (PC)	24.250	15	0.061	0.056	0.972	
C11 vs. C4	0.310 (PC)	17.463	15	0.292	0.029	0.997	
C11 vs. C5	0.338 (PC)	26.497	15	0.033	0.062	0.948	
C11 vs. C6	0.389 (PC)	16.663	11	0.118	0.051	0.961	
C11 vs. C7	0.522 (PC)	15.190	15	0.438	0.008	0.999	
C11 vs. C8	0.379 (PC)	23.497	15	0.074	0.053	0.977	
C11 vs. C9	0.244 (PC)	9.738	15	0.836	0.000	1.000	

C11 vs.	C10	0.234 (PC)	25.907	15	0.039	0.060	0.957
C12 vs.	C1	0.472 (PC)	15.820	15	0.394	0.016	0.999
C12 vs.	C2	0.372 (PC)	12.069	15	0.674	0.000	1.000
C12 vs.	C3	0.469 (PC)	19.082	15	0.210	0.037	0.995
C12 vs.	C4	0.300 (PC)	14.441	15	0.492	0.000	0.999
C12 vs.	C5	0.149 (PC)	23.885	15	0.067	0.055	0.974
C12 vs.	C6	0.262 (PC)	14.963	11	0.184	0.042	0.978
C12 vs.	C7	0.595 (PC)	11.823	15	0.692	0.000	1.000
C12 vs.	C8	0.562 (PC)	26.465	15	0.033	0.062	0.952
C12 vs.	C9	0.324 (PC)	9.802	15	0.832	0.000	1.000
C12 vs.	C10	0.009 (PC)	15.053	15	0.448	0.004	0.999
C12 vs.	C11	0.518 (PC)	17.109	15	0.312	0.027	0.998
C13 vs.	C1	0.371 (PC)	8.077	15	0.921	0.000	1.000
C13 vs.	C2	0.516 (PC)	26.891	15	0.030	0.063	0.945
C13 vs.	C3	0.542 (PC)	13.913	15	0.532	0.000	0.999
C13 vs.	C4	0.297 (PC)	17.416	15	0.295	0.029	0.997
C13 vs.	C5	0.145 (PC)	23.816	15	0.068	0.055	0.973
C13 vs.	C6	0.263 (PC)	14.832	11	0.190	0.042	0.978
C13 vs.	C7	0.681 (PC)	19.673	15	0.185	0.040	0.993
C13 vs.	C8	0.599 (PC)	6.976	15	0.958	0.000	1.000
C13 vs.	C9	0.518 (PC)	22.093	15	0.105	0.049	0.984
C13 vs.	C10	0.060 (PC)	15.130	15	0.442	0.007	0.999
C13 vs.	C11	0.465 (PC)	41.060	15	0.000	0.094	0.590
C13 vs.	C12	0.659 (PC)	22.602	15	0.093	0.050	0.982
C14 vs.	C1	0.414 (PC)	29.759	15	0.013	0.070	0.906
C14 vs.	C2	0.267 (PC)	36.719	15	0.001	0.085	0.741
C14 vs.	C3	0.401 (PC)	46.301	15	0.000	0.102	0.433
C14 vs.	C4	0.404 (PC)	24.781	15	0.053	0.057	0.967
C14 vs.	C5	0.468 (PC)	15.990	15	0.383	0.018	0.998
C14 vs.	C6	0.520 (PC)	18.297	11	0.075	0.057	0.939
C14 vs.	C7	0.233 (PC)	22.322	15	0.100	0.049	0.984
C14 vs.	C8	0.359 (PC)	27.883	15	0.022	0.065	0.935
C14 vs.	C9	0.303 (PC)	30.505	15	0.010	0.072	0.891
C14 vs.	C10	0.386 (PC)	16.176	15	0.370	0.020	0.998
C14 vs.	C11	0.320 (PC)	11.940	15	0.684	0.000	1.000
C14 vs.	C12	0.345 (PC)	24.879	15	0.052	0.057	0.968
C14 vs.	C13	0.269 (PC)	12.226	15	0.662	0.000	1.000
C15 vs.	C1	0.351 (PC)	26.736	15	0.031	0.063	0.947
C15 vs.	C2	0.204 (PC)	10.240	15	0.804	0.000	1.000
C15 vs.	C3	0.263 (PC)	36.026	15	0.002	0.084	0.754
C15 vs.	C4	0.245 (PC)	28.841	15	0.017	0.068	0.916
C15 vs.	C5	0.462 (PC)	19.166	15	0.206	0.038	0.994
C15 vs.	C6	0.399 (PC)	16.072	11	0.138	0.048	0.967
C15 vs.	C7	0.231 (PC)	16.182	15	0.370	0.020	0.998
C15 vs.	C8	0.344 (PC)	28.944	15	0.016	0.068	0.916
C15 vs.	C9	0.319 (PC)	27.669	15	0.024	0.065	0.933
C15 vs.	C10	0.354 (PC)	22.768	15	0.089	0.051	0.981
C15 vs.	C11	0.272 (PC)	15.002	15	0.451	0.001	0.999
C15 vs.	C12	0.239 (PC)	23.408	15	0.076	0.053	0.977
C15 vs.	C13	0.105 (PC)	12.716	15	0.624	0.000	1.000
C15 vs.	C14	0.587 (PC)	43.406	15	0.000	0.098	0.517
C16 vs.	C1	0.316 (PC)	20.097	15	0.168	0.041	0.992
C16 vs.	C2	0.476 (PC)	18.473	15	0.239	0.034	0.996
C16 vs.	C3	0.555 (PC)	18.732	15	0.226	0.035	0.995
C16 vs.	C4	0.371 (PC)	27.086	15	0.028	0.064	0.941
C16 vs.	C5	0.344 (PC)	24.079	15	0.064	0.055	0.971
C16 vs.	C6	0.368 (PC)	12.665	11	0.316	0.028	0.991
C16 vs.	C7	0.371 (PC)	8.612	15	0.897	0.000	1.000
C16 vs.	C8	0.464 (PC)	18.598	15	0.233	0.035	0.995
C16 vs.	C9	0.494 (PC)	23.258	15	0.079	0.053	0.977

C16 vs.	C10	0.287 (PC)	19.241	15	0.203	0.038	0.994
C16 vs.	C11	0.380 (PC)	14.240	15	0.507	0.000	0.999
C16 vs.	C12	0.370 (PC)	23.024	15	0.084	0.052	0.979
C16 vs.	C13	0.375 (PC)	14.910	15	0.458	0.000	0.999
C16 vs.	C14	0.528 (PC)	18.554	15	0.235	0.035	0.995
C16 vs.	C15	0.413 (PC)	19.807	15	0.179	0.040	0.993
C17 vs.	C1	0.330 (PC)	23.386	15	0.076	0.053	0.976
C17 vs.	C2	0.446 (PC)	24.623	15	0.055	0.057	0.967
C17 vs.	C3	0.503 (PC)	18.157	15	0.255	0.033	0.996
C17 vs.	C4	0.371 (PC)	24.165	15	0.062	0.056	0.970
C17 vs.	C5	0.323 (PC)	38.567	15	0.001	0.090	0.663
C17 vs.	C6	0.374 (PC)	15.805	11	0.149	0.047	0.969
C17 vs.	C7	0.329 (PC)	16.788	15	0.332	0.025	0.998
C17 vs.	C8	0.420 (PC)	26.248	15	0.035	0.062	0.951
C17 vs.	C9	0.449 (PC)	18.564	15	0.234	0.035	0.995
C17 vs.	C10	0.257 (PC)	22.157	15	0.104	0.049	0.983
C17 vs.	C11	0.328 (PC)	13.065	15	0.597	0.000	1.000
C17 vs.	C12	0.361 (PC)	17.453	15	0.292	0.029	0.997
C17 vs.	C13	0.411 (PC)	9.870	15	0.828	0.000	1.000
C17 vs.	C14	0.438 (PC)	22.738	15	0.090	0.051	0.980
C17 vs.	C15	0.259 (PC)	36.110	15	0.002	0.084	0.747
C17 vs.	C16	0.813 (PC)	34.541	15	0.003	0.081	0.792
C18 vs.	C1	0.481 (PC)	19.022	15	0.213	0.037	0.994
C18 vs.	C2	0.482 (PC)	17.647	15	0.282	0.030	0.997
C18 vs.	C3	0.499 (PC)	19.391	15	0.197	0.038	0.993
C18 vs.	C4	0.415 (PC)	20.104	15	0.168	0.042	0.991
C18 vs.	C5	0.374 (PC)	28.432	15	0.019	0.068	0.919
C18 vs.	C6	0.453 (PC)	12.354	11	0.338	0.025	0.992
C18 vs.	C7	0.329 (PC)	7.688	15	0.936	0.000	1.000
C18 vs.	C8	0.474 (PC)	7.824	15	0.931	0.000	1.000
C18 vs.	C9	0.418 (PC)	19.709	15	0.183	0.040	0.992
C18 vs.	C10	0.392 (PC)	21.603	15	0.119	0.047	0.986
C18 vs.	C11	0.425 (PC)	12.364	15	0.651	0.000	1.000
C18 vs.	C12	0.452 (PC)	8.715	15	0.892	0.000	1.000
C18 vs.	C13	0.364 (PC)	8.513	15	0.902	0.000	1.000
C18 vs.	C14	0.519 (PC)	22.733	15	0.090	0.051	0.980
C18 vs.	C15	0.439 (PC)	18.445	15	0.240	0.034	0.995
C18 vs.	C16	0.700 (PC)	31.350	15	0.008	0.074	0.869
C18 vs.	C17	0.716 (PC)	43.486	15	0.000	0.098	0.509
C19 vs.	C1	0.435 (PC)	28.802	15	0.017	0.068	0.918
C19 vs.	C2	0.471 (PC)	12.588	15	0.634	0.000	1.000
C19 vs.	C3	0.496 (PC)	11.449	15	0.720	0.000	1.000
C19 vs.	C4	0.360 (PC)	23.529	15	0.074	0.054	0.975
C19 vs.	C5	0.309 (PC)	37.415	15	0.001	0.087	0.704
C19 vs.	C6	0.413 (PC)	12.231	11	0.347	0.024	0.992
C19 vs.	C7	0.345 (PC)	13.214	15	0.586	0.000	1.000
C19 vs.	C8	0.476 (PC)	13.138	15	0.592	0.000	1.000
C19 vs.	C9	0.432 (PC)	25.051	15	0.049	0.058	0.963
C19 vs.	C10	0.340 (PC)	19.590	15	0.188	0.039	0.993
C19 vs.	C11	0.421 (PC)	18.217	15	0.251	0.033	0.996
C19 vs.	C12	0.424 (PC)	13.979	15	0.527	0.000	0.999
C19 vs.	C13	0.333 (PC)	8.535	15	0.901	0.000	1.000
C19 vs.	C14	0.523 (PC)	18.890	15	0.219	0.036	0.995
C19 vs.	C15	0.438 (PC)	23.273	15	0.079	0.053	0.978
C19 vs.	C16	0.688 (PC)	40.823	15	0.000	0.093	0.603
C19 vs.	C17	0.731 (PC)	26.171	15	0.036	0.061	0.952
C19 vs.	C18	0.831 (PC)	29.455	15	0.014	0.070	0.906
C20 vs.	C1	0.341 (PC)	13.053	15	0.598	0.000	1.000
C20 vs.	C2	0.434 (PC)	8.622	15	0.896	0.000	1.000
C20 vs.	C3	0.542 (PC)	18.148	15	0.255	0.033	0.996

C20 vs.	C4	0.334 (PC)	15.515	15	0.415	0.013	0.999
C20 vs.	C5	0.229 (PC)	20.438	15	0.156	0.043	0.990
C20 vs.	C6	0.320 (PC)	19.410	11	0.054	0.062	0.915
C20 vs.	C7	0.478 (PC)	7.384	15	0.946	0.000	1.000
C20 vs.	C8	0.455 (PC)	11.763	15	0.697	0.000	1.000
C20 vs.	C9	0.456 (PC)	11.170	15	0.740	0.000	1.000
C20 vs.	C10	0.189 (PC)	19.690	15	0.184	0.040	0.993
C20 vs.	C11	0.451 (PC)	21.595	15	0.119	0.047	0.986
C20 vs.	C12	0.547 (PC)	24.998	15	0.050	0.058	0.964
C20 vs.	C13	0.456 (PC)	13.113	15	0.594	0.000	1.000
C20 vs.	C14	0.358 (PC)	33.178	15	0.004	0.078	0.827
C20 vs.	C15	0.367 (PC)	44.492	15	0.000	0.100*	0.476
C20 vs.	C16	0.757 (PC)	28.581	15	0.018	0.068	0.920
C20 vs.	C17	0.778 (PC)	53.316	15	0.000	0.114*	0.224
C20 vs.	C18	0.687 (PC)	37.089	15	0.001	0.086	0.714
C20 vs.	C19	0.684 (PC)	48.188	15	0.000	0.106*	0.361
C21 vs.	C1	0.258 (PC)	11.925	15	0.685	0.000	1.000
C21 vs.	C2	0.427 (PC)	23.608	15	0.072	0.054	0.976
C21 vs.	C3	0.498 (PC)	14.639	15	0.478	0.000	0.999
C21 vs.	C4	0.212 (PC)	20.084	15	0.169	0.041	0.992
C21 vs.	C5	0.084 (PC)	25.345	15	0.046	0.059	0.960
C21 vs.	C6	0.167 (PC)	19.573	11	0.052	0.063	0.913
C21 vs.	C7	0.613 (PC)	12.079	15	0.673	0.000	1.000
C21 vs.	C8	0.555 (PC)	13.705	15	0.548	0.000	1.000
C21 vs.	C9	0.415 (PC)	17.373	15	0.297	0.028	0.997
C21 vs.	C10	0.069 (PC)	16.125	15	0.374	0.019	0.998
C21 vs.	C11	0.362 (PC)	33.984	15	0.003	0.080	0.807
C21 vs.	C12	0.605 (PC)	30.609	15	0.010	0.072	0.887
C21 vs.	C13	0.751 (PC)	31.773	15	0.007	0.075	0.857
C21 vs.	C14	0.288 (PC)	24.708	15	0.054	0.057	0.967
C21 vs.	C15	0.250 (PC)	28.049	15	0.021	0.066	0.930
C21 vs.	C16	0.529 (PC)	23.855	15	0.068	0.054	0.974
C21 vs.	C17	0.527 (PC)	25.315	15	0.046	0.059	0.961
C21 vs.	C18	0.468 (PC)	19.964	15	0.173	0.041	0.992
C21 vs.	C19	0.548 (PC)	22.480	15	0.096	0.050	0.982
C21 vs.	C20	0.650 (PC)	23.716	15	0.070	0.054	0.974
C22 vs.	C1	0.315 (PC)	26.851	15	0.030	0.063	0.943
C22 vs.	C2	0.373 (PC)	7.082	15	0.955	0.000	1.000
C22 vs.	C3	0.518 (PC)	21.986	15	0.108	0.049	0.984
C22 vs.	C4	0.311 (PC)	23.502	15	0.074	0.054	0.975
C22 vs.	C5	0.082 (PC)	28.999	15	0.016	0.069	0.907
C22 vs.	C6	0.313 (PC)	11.197	11	0.427	0.010	0.995
C22 vs.	C7	0.489 (PC)	17.064	15	0.315	0.026	0.997
C22 vs.	C8	0.506 (PC)	16.894	15	0.325	0.025	0.998
C22 vs.	C9	0.437 (PC)	16.674	15	0.339	0.024	0.998
C22 vs.	C10	0.084 (PC)	17.248	15	0.304	0.028	0.997
C22 vs.	C11	0.404 (PC)	11.236	15	0.736	0.000	1.000
C22 vs.	C12	0.520 (PC)	12.331	15	0.654	0.000	1.000
C22 vs.	C13	0.482 (PC)	15.431	15	0.421	0.012	0.999
C22 vs.	C14	0.404 (PC)	40.079	15	0.000	0.092	0.618
C22 vs.	C15	0.251 (PC)	36.438	15	0.002	0.085	0.734
C22 vs.	C16	0.495 (PC)	15.633	15	0.407	0.015	0.999
C22 vs.	C17	0.410 (PC)	17.694	15	0.279	0.030	0.996
C22 vs.	C18	0.434 (PC)	24.330	15	0.060	0.056	0.968
C22 vs.	C19	0.501 (PC)	16.343	15	0.360	0.021	0.998
C22 vs.	C20	0.558 (PC)	10.742	15	0.771	0.000	1.000
C22 vs.	C21	0.603 (PC)	33.349	15	0.004	0.079	0.820
C23 vs.	C1	0.345 (PC)	19.620	15	0.187	0.039	0.993
C23 vs.	C2	0.465 (PC)	11.898	15	0.687	0.000	1.000
C23 vs.	C3	0.517 (PC)	40.719	15	0.000	0.093	0.601

C23 vs.	C4	0.297 (PC)	30.268	15	0.011	0.072	0.888
C23 vs.	C5	0.187 (PC)	42.765	15	0.000	0.097	0.523
C23 vs.	C6	0.366 (PC)	18.617	11	0.068	0.059	0.930
C23 vs.	C7	0.536 (PC)	11.801	15	0.694	0.000	1.000
C23 vs.	C8	0.622 (PC)	21.283	15	0.128	0.046	0.987
C23 vs.	C9	0.473 (PC)	27.620	15	0.024	0.065	0.933
C23 vs.	C10	0.128 (PC)	39.059	15	0.001	0.090	0.656
C23 vs.	C11	0.483 (PC)	16.814	15	0.330	0.025	0.998
C23 vs.	C12	0.509 (PC)	19.774	15	0.181	0.040	0.992
C23 vs.	C13	0.532 (PC)	15.156	15	0.440	0.007	0.999
C23 vs.	C14	0.383 (PC)	33.493	15	0.004	0.079	0.819
C23 vs.	C15	0.262 (PC)	30.911	15	0.009	0.073	0.878
C23 vs.	C16	0.639 (PC)	31.906	15	0.007	0.075	0.857
C23 vs.	C17	0.556 (PC)	37.179	15	0.001	0.087	0.711
C23 vs.	C18	0.568 (PC)	26.149	15	0.036	0.061	0.951
C23 vs.	C19	0.574 (PC)	33.858	15	0.004	0.080	0.810
C23 vs.	C20	0.684 (PC)	21.146	15	0.132	0.046	0.988
C23 vs.	C21	0.676 (PC)	22.205	15	0.103	0.049	0.983
C23 vs.	C22	0.773 (PC)	30.067	15	0.012	0.072	0.890
C24 vs.	C1	0.284 (PC)	19.968	15	0.173	0.041	0.992
C24 vs.	C2	0.252 (PC)	17.705	15	0.279	0.030	0.997
C24 vs.	C3	0.300 (PC)	25.829	15	0.040	0.060	0.957
C24 vs.	C4	0.273 (PC)	17.871	15	0.270	0.031	0.996
C24 vs.	C5	0.228 (PC)	33.382	15	0.004	0.079	0.819
C24 vs.	C6	0.337 (PC)	21.432	11	0.029	0.069	0.871
C24 vs.	C7	0.175 (PC)	19.611	15	0.187	0.039	0.993
C24 vs.	C8	0.378 (PC)	26.908	15	0.029	0.063	0.945
C24 vs.	C9	0.387 (PC)	17.236	15	0.305	0.027	0.997
C24 vs.	C10	0.212 (PC)	15.000	15	0.451	0.000	0.999
C24 vs.	C11	0.260 (PC)	28.031	15	0.021	0.066	0.928
C24 vs.	C12	0.291 (PC)	16.565	15	0.346	0.023	0.998
C24 vs.	C13	0.181 (PC)	35.168	15	0.002	0.083	0.771
C24 vs.	C14	0.402 (PC)	12.306	15	0.656	0.000	1.000
C24 vs.	C15	0.328 (PC)	36.811	15	0.001	0.085	0.730
C24 vs.	C16	0.380 (PC)	19.182	15	0.206	0.037	0.994
C24 vs.	C17	0.250 (PC)	30.393	15	0.011	0.072	0.888
C24 vs.	C18	0.341 (PC)	21.887	15	0.111	0.048	0.985
C24 vs.	C19	0.464 (PC)	25.978	15	0.038	0.061	0.955
C24 vs.	C20	0.389 (PC)	31.041	15	0.009	0.073	0.875
C24 vs.	C21	0.339 (PC)	40.516	15	0.000	0.092	0.613
C24 vs.	C22	0.485 (PC)	7.844	15	0.930	0.000	1.000
C24 vs.	C23	0.533 (PC)	33.142	15	0.004	0.078	0.828
C25 vs.	C1	0.306 (PC)	20.185	15	0.165	0.042	0.991
C25 vs.	C2	0.246 (PC)	21.489	15	0.122	0.047	0.987
C25 vs.	C3	0.379 (PC)	36.149	15	0.002	0.084	0.746
C25 vs.	C4	0.298 (PC)	26.968	15	0.029	0.064	0.941
C25 vs.	C5	0.334 (PC)	27.267	15	0.027	0.065	0.936
C25 vs.	C6	0.362 (PC)	21.663	11	0.027	0.070	0.862
C25 vs.	C7	0.239 (PC)	17.008	15	0.318	0.026	0.998
C25 vs.	C8	0.413 (PC)	10.535	15	0.785	0.000	1.000
C25 vs.	C9	0.382 (PC)	34.793	15	0.003	0.082	0.781
C25 vs.	C10	0.308 (PC)	20.396	15	0.157	0.043	0.991
C25 vs.	C11	0.257 (PC)	23.401	15	0.076	0.053	0.976
C25 vs.	C12	0.242 (PC)	22.511	15	0.095	0.050	0.982
C25 vs.	C13	0.154 (PC)	27.139	15	0.028	0.064	0.938
C25 vs.	C14	0.532 (PC)	16.726	15	0.336	0.024	0.998
C25 vs.	C15	0.403 (PC)	33.026	15	0.005	0.078	0.831
C25 vs.	C16	0.400 (PC)	22.116	15	0.105	0.049	0.984
C25 vs.	C17	0.331 (PC)	28.108	15	0.021	0.067	0.925
C25 vs.	C18	0.462 (PC)	16.924	15	0.323	0.026	0.998

C25 vs.	C19	0.557 (PC)	18.569	15	0.234	0.035	0.995
C25 vs.	C20	0.322 (PC)	15.135	15	0.442	0.007	0.999
C25 vs.	C21	0.273 (PC)	35.566	15	0.002	0.083	0.763
C25 vs.	C22	0.372 (PC)	41.245	15	0.000	0.094	0.574
C25 vs.	C23	0.449 (PC)	43.582	15	0.000	0.098	0.501
C25 vs.	C24	0.541 (PC)	43.771	15	0.000	0.098	0.500
C26 vs.	C1	0.584 (PC)	35.559	15	0.002	0.083	0.763
C26 vs.	C2	0.446 (PC)	10.049	15	0.817	0.000	1.000
C26 vs.	C3	0.518 (PC)	13.115	15	0.593	0.000	1.000
C26 vs.	C4	0.433 (PC)	23.102	15	0.082	0.052	0.977
C26 vs.	C5	0.369 (PC)	27.780	15	0.023	0.066	0.929
C26 vs.	C6	0.399 (PC)	12.073	11	0.358	0.022	0.993
C26 vs.	C7	0.289 (PC)	19.387	15	0.197	0.038	0.993
C26 vs.	C8	0.430 (PC)	20.939	15	0.139	0.045	0.989
C26 vs.	C9	0.335 (PC)	10.969	15	0.755	0.000	1.000
C26 vs.	C10	0.315 (PC)	33.332	15	0.004	0.079	0.823
C26 vs.	C11	0.328 (PC)	23.698	15	0.070	0.054	0.973
C26 vs.	C12	0.429 (PC)	15.387	15	0.424	0.011	0.999
C26 vs.	C13	0.380 (PC)	16.322	15	0.361	0.021	0.998
C26 vs.	C14	0.417 (PC)	14.072	15	0.520	0.000	0.999
C26 vs.	C15	0.377 (PC)	16.918	15	0.324	0.025	0.998
C26 vs.	C16	0.375 (PC)	28.069	15	0.021	0.066	0.928
C26 vs.	C17	0.289 (PC)	18.656	15	0.230	0.035	0.995
C26 vs.	C18	0.488 (PC)	11.420	15	0.722	0.000	1.000
C26 vs.	C19	0.473 (PC)	15.408	15	0.422	0.012	0.999
C26 vs.	C20	0.338 (PC)	21.435	15	0.123	0.047	0.986
C26 vs.	C21	0.385 (PC)	15.650	15	0.406	0.015	0.999
C26 vs.	C22	0.355 (PC)	15.939	15	0.386	0.018	0.998
C26 vs.	C23	0.432 (PC)	16.385	15	0.357	0.022	0.998
C26 vs.	C24	0.346 (PC)	14.023	15	0.524	0.000	0.999
C26 vs.	C25	0.464 (PC)	24.295	15	0.060	0.056	0.969
C27 vs.	C1	0.469 (PC)	24.460	15	0.058	0.056	0.968
C27 vs.	C2	0.336 (PC)	18.095	15	0.258	0.032	0.996
C27 vs.	C3	0.422 (PC)	33.175	15	0.004	0.078	0.827
C27 vs.	C4	0.427 (PC)	32.082	15	0.006	0.076	0.850
C27 vs.	C5	0.429 (PC)	30.294	15	0.011	0.072	0.886
C27 vs.	C6	0.453 (PC)	22.558	11	0.020	0.073	0.838
C27 vs.	C7	0.354 (PC)	20.639	15	0.149	0.044	0.990
C27 vs.	C8	0.332 (PC)	19.458	15	0.194	0.039	0.993
C27 vs.	C9	0.299 (PC)	25.072	15	0.049	0.058	0.962
C27 vs.	C10	0.270 (PC)	29.064	15	0.016	0.069	0.912
C27 vs.	C11	0.346 (PC)	17.669	15	0.280	0.030	0.997
C27 vs.	C12	0.359 (PC)	35.230	15	0.002	0.083	0.773
C27 vs.	C13	0.409 (PC)	17.788	15	0.274	0.031	0.996
C27 vs.	C14	0.409 (PC)	37.987	15	0.001	0.088	0.690
C27 vs.	C15	0.412 (PC)	30.847	15	0.009	0.073	0.879
C27 vs.	C16	0.383 (PC)	37.145	15	0.001	0.086	0.716
C27 vs.	C17	0.286 (PC)	31.149	15	0.008	0.074	0.871
C27 vs.	C18	0.423 (PC)	26.044	15	0.038	0.061	0.952
C27 vs.	C19	0.299 (PC)	30.247	15	0.011	0.072	0.891
C27 vs.	C20	0.325 (PC)	23.026	15	0.084	0.052	0.978
C27 vs.	C21	0.406 (PC)	49.422	15	0.000	0.108	0.326
C27 vs.	C22	0.384 (PC)	38.283	15	0.001	0.089	0.672
C27 vs.	C23	0.454 (PC)	27.272	15	0.027	0.064	0.937
C27 vs.	C24	0.165 (PC)	20.290	15	0.161	0.042	0.991
C27 vs.	C25	0.297 (PC)	25.486	15	0.044	0.060	0.958
C27 vs.	C26	0.557 (PC)	49.184	15	0.000	0.108*	0.328
C28 vs.	C1	0.405 (PC)	31.704	15	0.007	0.075	0.864
C28 vs.	C2	0.323 (PC)	19.435	15	0.195	0.039	0.994
C28 vs.	C3	0.503 (PC)	21.827	15	0.112	0.048	0.985

C28 vs.	C4	0.273 (PC)	16.670	15	0.339	0.024	0.998
C28 vs.	C5	0.337 (PC)	17.990	15	0.263	0.032	0.996
C28 vs.	C6	0.347 (PC)	20.744	11	0.036	0.067	0.888
C28 vs.	C7	0.302 (PC)	24.321	15	0.060	0.056	0.970
C28 vs.	C8	0.365 (PC)	17.210	15	0.306	0.027	0.997
C28 vs.	C9	0.387 (PC)	23.869	15	0.067	0.055	0.973
C28 vs.	C10	0.198 (PC)	24.033	15	0.065	0.055	0.973
C28 vs.	C11	0.322 (PC)	22.664	15	0.092	0.051	0.981
C28 vs.	C12	0.410 (PC)	23.769	15	0.069	0.054	0.974
C28 vs.	C13	0.340 (PC)	14.662	15	0.476	0.000	0.999
C28 vs.	C14	0.352 (PC)	41.061	15	0.000	0.093	0.595
C28 vs.	C15	0.370 (PC)	40.583	15	0.000	0.093	0.610
C28 vs.	C16	0.335 (PC)	16.809	15	0.330	0.025	0.998
C28 vs.	C17	0.204 (PC)	18.045	15	0.260	0.032	0.996
C28 vs.	C18	0.279 (PC)	14.841	15	0.463	0.000	0.999
C28 vs.	C19	0.263 (PC)	17.481	15	0.291	0.029	0.997
C28 vs.	C20	0.304 (PC)	10.779	15	0.768	0.000	1.000
C28 vs.	C21	0.308 (PC)	19.854	15	0.178	0.040	0.992
C28 vs.	C22	0.442 (PC)	29.319	15	0.015	0.070	0.906
C28 vs.	C23	0.362 (PC)	31.766	15	0.007	0.075	0.860
C28 vs.	C24	0.405 (PC)	30.223	15	0.011	0.071	0.894
C28 vs.	C25	0.434 (PC)	33.162	15	0.004	0.078	0.827
C28 vs.	C26	0.522 (PC)	23.641	15	0.071	0.054	0.975
C28 vs.	C27	0.589 (PC)	42.302	15	0.000	0.096	0.548
C29 vs.	C1	0.387 (PC)	16.457	15	0.352	0.022	0.998
C29 vs.	C2	0.411 (PC)	22.045	15	0.107	0.049	0.984
C29 vs.	C3	0.436 (PC)	19.087	15	0.210	0.037	0.994
C29 vs.	C4	0.300 (PC)	21.930	15	0.110	0.048	0.985
C29 vs.	C5	0.381 (PC)	17.689	15	0.279	0.030	0.997
C29 vs.	C6	0.428 (PC)	10.507	11	0.485	0.000	0.997
C29 vs.	C7	0.428 (PC)	13.984	15	0.527	0.000	0.999
C29 vs.	C8	0.424 (PC)	20.861	15	0.141	0.044	0.989
C29 vs.	C9	0.460 (PC)	21.338	15	0.126	0.046	0.987
C29 vs.	C10	0.111 (PC)	25.342	15	0.046	0.059	0.962
C29 vs.	C11	0.415 (PC)	48.046	15	0.000	0.105	0.365
C29 vs.	C12	0.360 (PC)	35.751	15	0.002	0.083	0.762
C29 vs.	C13	0.535 (PC)	30.329	15	0.011	0.072	0.887
C29 vs.	C14	0.356 (PC)	21.270	15	0.128	0.046	0.988
C29 vs.	C15	0.356 (PC)	23.902	15	0.067	0.055	0.973
C29 vs.	C16	0.426 (PC)	10.094	15	0.814	0.000	1.000
C29 vs.	C17	0.473 (PC)	18.039	15	0.261	0.032	0.996
C29 vs.	C18	0.380 (PC)	7.118	15	0.954	0.000	1.000
C29 vs.	C19	0.373 (PC)	17.622	15	0.283	0.030	0.997
C29 vs.	C20	0.483 (PC)	20.360	15	0.159	0.042	0.991
C29 vs.	C21	0.543 (PC)	32.739	15	0.005	0.077	0.841
C29 vs.	C22	0.440 (PC)	26.965	15	0.029	0.064	0.941
C29 vs.	C23	0.588 (PC)	10.414	15	0.793	0.000	1.000
C29 vs.	C24	0.319 (PC)	33.269	15	0.004	0.078	0.828
C29 vs.	C25	0.333 (PC)	39.096	15	0.001	0.090	0.655
C29 vs.	C26	0.413 (PC)	14.941	15	0.456	0.000	0.999
C29 vs.	C27	0.562 (PC)	20.423	15	0.156	0.043	0.991
C29 vs.	C28	0.415 (PC)	22.040	15	0.107	0.049	0.984
C30 vs.	C1	0.358 (PC)	11.895	15	0.687	0.000	1.000
C30 vs.	C2	0.360 (PC)	37.512	15	0.001	0.087	0.701
C30 vs.	C3	0.483 (PC)	30.436	15	0.010	0.072	0.885
C30 vs.	C4	0.181 (PC)	15.745	15	0.399	0.016	0.999
C30 vs.	C5	0.125 (PC)	20.925	15	0.139	0.045	0.988
C30 vs.	C6	0.247 (PC)	13.212	11	0.280	0.032	0.988
C30 vs.	C7	0.630 (PC)	17.081	15	0.314	0.027	0.997
C30 vs.	C8	0.506 (PC)	18.785	15	0.224	0.036	0.995

C30 vs.	C9	0.395 (PC)	35.795	15	0.002	0.084	0.749
C30 vs.	C10	0.088 (PC)	19.298	15	0.201	0.038	0.993
C30 vs.	C11	0.431 (PC)	32.761	15	0.005	0.078	0.831
C30 vs.	C12	0.604 (PC)	18.326	15	0.246	0.034	0.995
C30 vs.	C13	0.745 (PC)	31.590	15	0.007	0.075	0.856
C30 vs.	C14	0.274 (PC)	31.064	15	0.009	0.074	0.872
C30 vs.	C15	0.230 (PC)	25.409	15	0.045	0.060	0.957
C30 vs.	C16	0.366 (PC)	15.256	15	0.433	0.009	0.999
C30 vs.	C17	0.368 (PC)	19.578	15	0.189	0.040	0.992
C30 vs.	C18	0.366 (PC)	9.104	15	0.872	0.000	1.000
C30 vs.	C19	0.315 (PC)	10.900	15	0.760	0.000	1.000
C30 vs.	C20	0.513 (PC)	23.132	15	0.081	0.053	0.975
C30 vs.	C21	0.729 (PC)	20.696	15	0.147	0.044	0.989
C30 vs.	C22	0.500 (PC)	17.912	15	0.267	0.032	0.996
C30 vs.	C23	0.556 (PC)	9.352	15	0.858	0.000	1.000
C30 vs.	C24	0.231 (PC)	32.083	15	0.006	0.076	0.844
C30 vs.	C25	0.220 (PC)	30.095	15	0.012	0.072	0.885
C30 vs.	C26	0.349 (PC)	26.644	15	0.032	0.063	0.941
C30 vs.	C27	0.449 (PC)	29.552	15	0.014	0.071	0.895
C30 vs.	C28	0.447 (PC)	23.861	15	0.067	0.055	0.971
C30 vs.	C29	0.653 (PC)	19.646	15	0.186	0.040	0.992
C31 vs.	C1	0.457 (PC)	16.812	15	0.330	0.025	0.998
C31 vs.	C2	0.436 (PC)	20.728	15	0.146	0.044	0.989
C31 vs.	C3	0.544 (PC)	18.719	15	0.227	0.035	0.995
C31 vs.	C4	0.402 (PC)	17.126	15	0.311	0.027	0.997
C31 vs.	C5	0.307 (PC)	32.652	15	0.005	0.078	0.831
C31 vs.	C6	0.395 (PC)	11.719	11	0.385	0.018	0.994
C31 vs.	C7	0.579 (PC)	22.390	15	0.098	0.050	0.982
C31 vs.	C8	0.546 (PC)	38.134	15	0.001	0.088	0.681
C31 vs.	C9	0.387 (PC)	22.862	15	0.087	0.052	0.978
C31 vs.	C10	0.165 (PC)	23.144	15	0.081	0.052	0.977
C31 vs.	C11	0.486 (PC)	22.976	15	0.085	0.052	0.978
C31 vs.	C12	0.600 (PC)	16.425	15	0.354	0.022	0.998
C31 vs.	C13	0.606 (PC)	7.632	15	0.938	0.000	1.000
C31 vs.	C14	0.499 (PC)	12.900	15	0.610	0.000	1.000
C31 vs.	C15	0.267 (PC)	35.251	15	0.002	0.083	0.761
C31 vs.	C16	0.545 (PC)	17.617	15	0.283	0.030	0.996
C31 vs.	C17	0.569 (PC)	12.477	15	0.643	0.000	1.000
C31 vs.	C18	0.595 (PC)	13.478	15	0.565	0.000	1.000
C31 vs.	C19	0.575 (PC)	17.856	15	0.270	0.031	0.996
C31 vs.	C20	0.583 (PC)	25.345	15	0.045	0.060	0.956
C31 vs.	C21	0.616 (PC)	19.039	15	0.212	0.037	0.994
C31 vs.	C22	0.605 (PC)	24.831	15	0.052	0.058	0.960
C31 vs.	C23	0.662 (PC)	27.592	15	0.024	0.066	0.928
C31 vs.	C24	0.289 (PC)	22.407	15	0.098	0.050	0.980
C31 vs.	C25	0.439 (PC)	28.609	15	0.018	0.068	0.912
C31 vs.	C26	0.505 (PC)	36.720	15	0.001	0.086	0.713
C31 vs.	C27	0.606 (PC)	33.529	15	0.004	0.080	0.805
C31 vs.	C28	0.515 (PC)	18.831	15	0.222	0.036	0.994
C31 vs.	C29	0.576 (PC)	24.035	15	0.064	0.056	0.969
C31 vs.	C30	0.660 (PC)	21.768	15	0.114	0.048	0.985
C32 vs.	C1	0.336 (PC)	18.977	15	0.215	0.037	0.994
C32 vs.	C2	0.407 (PC)	17.883	15	0.269	0.031	0.996
C32 vs.	C3	0.494 (PC)	14.210	15	0.510	0.000	0.999
C32 vs.	C4	0.236 (PC)	25.432	15	0.044	0.060	0.955
C32 vs.	C5	0.225 (PC)	37.082	15	0.001	0.087	0.697
C32 vs.	C6	0.331 (PC)	15.997	11	0.141	0.048	0.964
C32 vs.	C7	0.605 (PC)	17.099	15	0.313	0.027	0.997
C32 vs.	C8	0.558 (PC)	22.224	15	0.102	0.050	0.982
C32 vs.	C9	0.437 (PC)	14.507	15	0.487	0.000	0.999

C32 vs.	C10	0.092 (PC)	28.239	15	0.020	0.067	0.920
C32 vs.	C11	0.382 (PC)	19.581	15	0.189	0.040	0.992
C32 vs.	C12	0.528 (PC)	21.215	15	0.130	0.046	0.986
C32 vs.	C13	0.622 (PC)	43.921	15	0.000	0.100	0.470
C32 vs.	C14	0.312 (PC)	35.328	15	0.002	0.083	0.759
C32 vs.	C15	0.341 (PC)	32.727	15	0.005	0.078	0.822
C32 vs.	C16	0.504 (PC)	19.111	15	0.209	0.038	0.993
C32 vs.	C17	0.538 (PC)	23.641	15	0.071	0.055	0.970
C32 vs.	C18	0.493 (PC)	7.285	15	0.949	0.000	1.000
C32 vs.	C19	0.530 (PC)	12.109	15	0.671	0.000	1.000
C32 vs.	C20	0.518 (PC)	25.755	15	0.041	0.061	0.949
C32 vs.	C21	0.666 (PC)	16.528	15	0.348	0.023	0.998
C32 vs.	C22	0.448 (PC)	28.625	15	0.018	0.069	0.906
C32 vs.	C23	0.582 (PC)	17.809	15	0.273	0.031	0.996
C32 vs.	C24	0.224 (PC)	27.287	15	0.026	0.065	0.931
C32 vs.	C25	0.287 (PC)	37.116	15	0.001	0.088	0.692
C32 vs.	C26	0.434 (PC)	12.986	15	0.603	0.000	1.000
C32 vs.	C27	0.498 (PC)	31.170	15	0.008	0.075	0.857
C32 vs.	C28	0.308 (PC)	22.951	15	0.085	0.052	0.976
C32 vs.	C29	0.626 (PC)	46.248	15	0.000	0.104	0.396
C32 vs.	C30	0.626 (PC)	36.162	15	0.002	0.085	0.734
C32 vs.	C31	0.676 (PC)	12.377	15	0.650	0.000	1.000
C33 vs.	C1	0.295 (PC)	15.757	15	0.398	0.016	0.998
C33 vs.	C2	0.350 (PC)	26.359	15	0.034	0.062	0.947
C33 vs.	C3	0.448 (PC)	17.999	15	0.263	0.032	0.996
C33 vs.	C4	0.244 (PC)	15.801	15	0.395	0.017	0.998
C33 vs.	C5	0.147 (PC)	17.573	15	0.286	0.030	0.996
C33 vs.	C6	0.236 (PC)	22.510	11	0.021	0.073	0.834
C33 vs.	C7	0.638 (PC)	17.453	15	0.293	0.029	0.997
C33 vs.	C8	0.486 (PC)	22.476	15	0.096	0.050	0.981
C33 vs.	C9	0.364 (PC)	21.558	15	0.120	0.047	0.985
C33 vs.	C10	0.177 (PC)	18.429	15	0.241	0.034	0.995
C33 vs.	C11	0.448 (PC)	17.988	15	0.263	0.032	0.996
C33 vs.	C12	0.498 (PC)	9.401	15	0.856	0.000	1.000
C33 vs.	C13	0.594 (PC)	20.565	15	0.151	0.044	0.989
C33 vs.	C14	0.261 (PC)	43.081	15	0.000	0.098	0.513
C33 vs.	C15	0.284 (PC)	18.785	15	0.224	0.036	0.994
C33 vs.	C16	0.348 (PC)	19.407	15	0.196	0.039	0.992
C33 vs.	C17	0.342 (PC)	15.385	15	0.424	0.012	0.999
C33 vs.	C18	0.334 (PC)	5.599	15	0.986	0.000	1.000
C33 vs.	C19	0.370 (PC)	8.478	15	0.903	0.000	1.000
C33 vs.	C20	0.448 (PC)	4.711	15	0.994	0.000	1.000
C33 vs.	C21	0.545 (PC)	11.541	15	0.713	0.000	1.000
C33 vs.	C22	0.418 (PC)	25.699	15	0.041	0.061	0.950
C33 vs.	C23	0.465 (PC)	20.093	15	0.168	0.042	0.990
C33 vs.	C24	0.236 (PC)	27.338	15	0.026	0.065	0.932
C33 vs.	C25	0.304 (PC)	25.077	15	0.049	0.059	0.958
C33 vs.	C26	0.409 (PC)	17.684	15	0.280	0.030	0.996
C33 vs.	C27	0.478 (PC)	22.829	15	0.088	0.052	0.977
C33 vs.	C28	0.409 (PC)	18.175	15	0.254	0.033	0.995
C33 vs.	C29	0.489 (PC)	17.242	15	0.305	0.028	0.997
C33 vs.	C30	0.606 (PC)	12.664	15	0.628	0.000	1.000
C33 vs.	C31	0.568 (PC)	29.085	15	0.016	0.069	0.908
C33 vs.	C32	0.669 (PC)	10.405	15	0.794	0.000	1.000
C34 vs.	C1	0.261 (PC)	17.721	15	0.278	0.030	0.996
C34 vs.	C2	0.268 (PC)	16.451	15	0.353	0.022	0.998
C34 vs.	C3	0.381 (PC)	26.500	15	0.033	0.063	0.946
C34 vs.	C4	0.198 (PC)	16.633	15	0.341	0.024	0.998
C34 vs.	C5	0.243 (PC)	34.848	15	0.003	0.083	0.769
C34 vs.	C6	0.244 (PC)	29.536	11	0.002	0.093	0.582

C34 vs.	C7	0.574 (PC)	10.316	15	0.799	0.000	1.000
C34 vs.	C8	0.502 (PC)	25.499	15	0.044	0.060	0.957
C34 vs.	C9	0.339 (PC)	27.034	15	0.028	0.064	0.937
C34 vs.	C10	0.204 (PC)	25.194	15	0.047	0.059	0.960
C34 vs.	C11	0.345 (PC)	16.021	15	0.381	0.019	0.998
C34 vs.	C12	0.471 (PC)	13.857	15	0.536	0.000	0.999
C34 vs.	C13	0.522 (PC)	20.080	15	0.169	0.042	0.990
C34 vs.	C14	0.297 (PC)	31.832	15	0.007	0.076	0.853
C34 vs.	C15	0.312 (PC)	33.764	15	0.004	0.080	0.799
C34 vs.	C16	0.284 (PC)	8.261	15	0.913	0.000	1.000
C34 vs.	C17	0.289 (PC)	15.027	15	0.449	0.003	0.999
C34 vs.	C18	0.286 (PC)	9.540	15	0.848	0.000	1.000
C34 vs.	C19	0.347 (PC)	14.395	15	0.496	0.000	0.999
C34 vs.	C20	0.323 (PC)	19.471	15	0.193	0.039	0.992
C34 vs.	C21	0.460 (PC)	19.713	15	0.183	0.040	0.992
C34 vs.	C22	0.325 (PC)	19.510	15	0.192	0.040	0.992
C34 vs.	C23	0.354 (PC)	40.203	15	0.000	0.093	0.594
C34 vs.	C24	0.246 (PC)	23.096	15	0.082	0.053	0.976
C34 vs.	C25	0.235 (PC)	16.816	15	0.330	0.025	0.997
C34 vs.	C26	0.373 (PC)	11.105	15	0.745	0.000	1.000
C34 vs.	C27	0.327 (PC)	33.091	15	0.005	0.079	0.813
C34 vs.	C28	0.361 (PC)	11.124	15	0.744	0.000	1.000
C34 vs.	C29	0.377 (PC)	21.267	15	0.129	0.046	0.986
C34 vs.	C30	0.525 (PC)	8.323	15	0.910	0.000	1.000
C34 vs.	C31	0.513 (PC)	12.678	15	0.627	0.000	1.000
C34 vs.	C32	0.611 (PC)	15.295	15	0.430	0.010	0.999
C34 vs.	C33	0.838 (PC)	34.639	15	0.003	0.082	0.778
C35 vs.	C1	0.374 (PC)	34.318	15	0.003	0.081	0.791
C35 vs.	C2	0.269 (PC)	17.737	15	0.277	0.031	0.996
C35 vs.	C3	0.331 (PC)	33.155	15	0.004	0.079	0.821
C35 vs.	C4	0.277 (PC)	24.521	15	0.057	0.057	0.965
C35 vs.	C5	0.323 (PC)	28.658	15	0.018	0.069	0.911
C35 vs.	C6	0.354 (PC)	21.703	11	0.027	0.070	0.857
C35 vs.	C7	0.303 (PC)	19.500	15	0.192	0.039	0.993
C35 vs.	C8	0.417 (PC)	23.537	15	0.073	0.054	0.974
C35 vs.	C9	0.409 (PC)	13.700	15	0.548	0.000	0.999
C35 vs.	C10	0.377 (PC)	13.560	15	0.559	0.000	1.000
C35 vs.	C11	0.190 (PC)	28.269	15	0.020	0.067	0.919
C35 vs.	C12	0.220 (PC)	16.667	15	0.339	0.024	0.998
C35 vs.	C13	0.290 (PC)	11.850	15	0.690	0.000	1.000
C35 vs.	C14	0.333 (PC)	29.383	15	0.014	0.070	0.903
C35 vs.	C15	0.451 (PC)	38.665	15	0.001	0.090	0.650
C35 vs.	C16	0.348 (PC)	33.845	15	0.004	0.080	0.797
C35 vs.	C17	0.275 (PC)	23.176	15	0.080	0.053	0.974
C35 vs.	C18	0.365 (PC)	16.902	15	0.325	0.026	0.997
C35 vs.	C19	0.301 (PC)	33.252	15	0.004	0.079	0.812
C35 vs.	C20	0.319 (PC)	23.532	15	0.073	0.054	0.972
C35 vs.	C21	0.279 (PC)	10.306	15	0.800	0.000	1.000
C35 vs.	C22	0.333 (PC)	18.792	15	0.223	0.036	0.994
C35 vs.	C23	0.290 (PC)	18.306	15	0.247	0.034	0.995
C35 vs.	C24	0.389 (PC)	20.984	15	0.137	0.045	0.987
C35 vs.	C25	0.332 (PC)	29.517	15	0.014	0.071	0.894
C35 vs.	C26	0.319 (PC)	18.599	15	0.233	0.035	0.994
C35 vs.	C27	0.365 (PC)	27.074	15	0.028	0.065	0.934
C35 vs.	C28	0.375 (PC)	22.335	15	0.099	0.050	0.980
C35 vs.	C29	0.315 (PC)	22.017	15	0.107	0.049	0.982
C35 vs.	C30	0.350 (PC)	12.929	15	0.608	0.000	1.000
C35 vs.	C31	0.385 (PC)	37.088	15	0.001	0.087	0.710
C35 vs.	C32	0.435 (PC)	26.245	15	0.036	0.062	0.946
C35 vs.	C33	0.461 (PC)	14.500	15	0.488	0.000	0.999

C35 vs.	C34	0.526 (PC)	37.038	15	0.001	0.087	0.707
C36 vs.	C1	0.433 (PC)	17.204	15	0.307	0.027	0.997
C36 vs.	C2	0.436 (PC)	18.872	15	0.220	0.036	0.994
C36 vs.	C3	0.513 (PC)	27.593	15	0.024	0.065	0.931
C36 vs.	C4	0.308 (PC)	21.076	15	0.134	0.046	0.987
C36 vs.	C5	0.307 (PC)	35.598	15	0.002	0.084	0.747
C36 vs.	C6	0.430 (PC)	16.457	11	0.125	0.050	0.960
C36 vs.	C7	0.444 (PC)	26.411	15	0.034	0.062	0.947
C36 vs.	C8	0.556 (PC)	30.904	15	0.009	0.074	0.873
C36 vs.	C9	0.503 (PC)	10.767	15	0.769	0.000	1.000
C36 vs.	C10	0.279 (PC)	27.802	15	0.023	0.066	0.928
C36 vs.	C11	0.345 (PC)	17.216	15	0.306	0.028	0.997
C36 vs.	C12	0.434 (PC)	28.969	15	0.016	0.069	0.910
C36 vs.	C13	0.540 (PC)	14.264	15	0.506	0.000	0.999
C36 vs.	C14	0.385 (PC)	34.225	15	0.003	0.081	0.793
C36 vs.	C15	0.397 (PC)	38.828	15	0.001	0.090	0.645
C36 vs.	C16	0.509 (PC)	34.187	15	0.003	0.081	0.787
C36 vs.	C17	0.505 (PC)	27.302	15	0.026	0.065	0.931
C36 vs.	C18	0.510 (PC)	24.186	15	0.062	0.056	0.966
C36 vs.	C19	0.558 (PC)	25.365	15	0.045	0.060	0.956
C36 vs.	C20	0.618 (PC)	13.569	15	0.558	0.000	0.999
C36 vs.	C21	0.554 (PC)	14.574	15	0.483	0.000	0.999
C36 vs.	C22	0.570 (PC)	25.549	15	0.043	0.061	0.952
C36 vs.	C23	0.582 (PC)	37.836	15	0.001	0.089	0.673
C36 vs.	C24	0.472 (PC)	19.837	15	0.178	0.041	0.991
C36 vs.	C25	0.350 (PC)	21.465	15	0.123	0.047	0.984
C36 vs.	C26	0.448 (PC)	9.503	15	0.850	0.000	1.000
C36 vs.	C27	0.416 (PC)	30.483	15	0.010	0.073	0.874
C36 vs.	C28	0.437 (PC)	42.013	15	0.000	0.096	0.539
C36 vs.	C29	0.499 (PC)	37.780	15	0.001	0.088	0.679
C36 vs.	C30	0.491 (PC)	15.222	15	0.436	0.009	0.999
C36 vs.	C31	0.567 (PC)	25.796	15	0.040	0.061	0.954
C36 vs.	C32	0.520 (PC)	19.168	15	0.206	0.038	0.993
C36 vs.	C33	0.554 (PC)	16.770	15	0.333	0.025	0.997
C36 vs.	C34	0.541 (PC)	38.068	15	0.001	0.089	0.674
C36 vs.	C35	0.609 (PC)	16.984	15	0.320	0.026	0.997
C37 vs.	C1	0.269 (PC)	18.187	15	0.253	0.033	0.995
C37 vs.	C2	0.204 (PC)	33.272	15	0.004	0.079	0.815
C37 vs.	C3	0.202 (PC)	30.312	15	0.011	0.072	0.883
C37 vs.	C4	0.286 (PC)	25.818	15	0.040	0.061	0.951
C37 vs.	C5	0.305 (PC)	28.380	15	0.019	0.068	0.914
C37 vs.	C6	0.346 (PC)	11.437	11	0.407	0.014	0.994
C37 vs.	C7	0.197 (PC)	26.986	15	0.029	0.064	0.938
C37 vs.	C8	0.199 (PC)	33.191	15	0.004	0.079	0.817
C37 vs.	C9	0.178 (PC)	34.094	15	0.003	0.081	0.790
C37 vs.	C10	0.220 (PC)	22.454	15	0.096	0.050	0.980
C37 vs.	C11	0.318 (PC)	10.667	15	0.776	0.000	1.000
C37 vs.	C12	0.125 (PC)	25.559	15	0.043	0.060	0.955
C37 vs.	C13	0.125 (PC)	28.720	15	0.017	0.069	0.908
C37 vs.	C14	0.437 (PC)	42.356	15	0.000	0.097	0.532
C37 vs.	C15	0.382 (PC)	37.660	15	0.001	0.088	0.679
C37 vs.	C16	0.218 (PC)	22.071	15	0.106	0.049	0.981
C37 vs.	C17	0.151 (PC)	20.349	15	0.159	0.043	0.989
C37 vs.	C18	0.263 (PC)	20.026	15	0.171	0.042	0.990
C37 vs.	C19	0.385 (PC)	16.628	15	0.342	0.024	0.997
C37 vs.	C20	0.202 (PC)	21.731	15	0.115	0.048	0.983
C37 vs.	C21	0.196 (PC)	29.872	15	0.012	0.072	0.887
C37 vs.	C22	0.322 (PC)	22.870	15	0.087	0.052	0.975
C37 vs.	C23	0.269 (PC)	31.822	15	0.007	0.076	0.842
C37 vs.	C24	0.460 (PC)	42.596	15	0.000	0.098	0.514

C37 vs.	C25	0.420 (PC)	47.293	15	0.000	0.106	0.359
C37 vs.	C26	0.399 (PC)	19.296	15	0.201	0.039	0.992
C37 vs.	C27	0.341 (PC)	28.542	15	0.018	0.069	0.909
C37 vs.	C28	0.355 (PC)	51.228	15	0.000	0.112 *	0.257
C37 vs.	C29	0.326 (PC)	20.659	15	0.148	0.044	0.988
C37 vs.	C30	0.144 (PC)	37.431	15	0.001	0.088	0.695
C37 vs.	C31	0.332 (PC)	13.562	15	0.559	0.000	1.000
C37 vs.	C32	0.167 (PC)	41.282	15	0.000	0.095	0.558
C37 vs.	C33	0.302 (PC)	51.888	15	0.000	0.113*	0.245
C37 vs.	C34	0.267 (PC)	38.944	15	0.001	0.091	0.641
C37 vs.	C35	0.315 (PC)	31.386	15	0.008	0.075	0.857
C37 vs.	C36	0.319 (PC)	42.244	15	0.000	0.097	0.536
C38 vs.	C1	0.310 (PC)	13.819	15	0.539	0.000	0.999
C38 vs.	C2	0.427 (PC)	23.190	15	0.080	0.053	0.977
C38 vs.	C3	0.506 (PC)	18.854	15	0.220	0.036	0.994
C38 vs.	C4	0.160 (PC)	17.790	15	0.274	0.031	0.996
C38 vs.	C5	0.084 (PC)	14.896	15	0.459	0.000	0.999
C38 vs.	C6	0.345 (PC)	20.287	11	0.042	0.065	0.894
C38 vs.	C7	0.691 (PC)	18.048	15	0.260	0.032	0.996
C38 vs.	C8	0.650 (PC)	18.987	15	0.214	0.037	0.994
C38 vs.	C9	0.362 (PC)	27.441	15	0.025	0.065	0.933
C38 vs.	C10	0.193 (PC)	15.150	15	0.441	0.007	0.999
C38 vs.	C11	0.442 (PC)	7.421	15	0.945	0.000	1.000
C38 vs.	C12	0.575 (PC)	16.429	15	0.354	0.022	0.998
C38 vs.	C13	0.571 (PC)	20.978	15	0.138	0.045	0.987
C38 vs.	C14	0.335 (PC)	32.589	15	0.005	0.077	0.838
C38 vs.	C15	0.296 (PC)	18.334	15	0.245	0.034	0.995
C38 vs.	C16	0.384 (PC)	16.466	15	0.352	0.022	0.998
C38 vs.	C17	0.377 (PC)	16.602	15	0.343	0.023	0.998
C38 vs.	C18	0.416 (PC)	20.242	15	0.163	0.042	0.990
C38 vs.	C19	0.444 (PC)	12.295	15	0.657	0.000	1.000
C38 vs.	C20	0.535 (PC)	16.498	15	0.350	0.023	0.998
C38 vs.	C21	0.577 (PC)	18.717	15	0.227	0.036	0.994
C38 vs.	C22	0.588 (PC)	23.546	15	0.073	0.054	0.972
C38 vs.	C23	0.597 (PC)	23.473	15	0.075	0.054	0.973
C38 vs.	C24	0.407 (PC)	22.984	15	0.084	0.052	0.977
C38 vs.	C25	0.332 (PC)	22.274	15	0.101	0.050	0.981
C38 vs.	C26	0.353 (PC)	11.324	15	0.729	0.000	1.000
C38 vs.	C27	0.343 (PC)	23.531	15	0.073	0.054	0.972
C38 vs.	C28	0.377 (PC)	18.932	15	0.217	0.037	0.994
C38 vs.	C29	0.410 (PC)	24.951	15	0.051	0.058	0.961
C38 vs.	C30	0.639 (PC)	19.198	15	0.205	0.038	0.994
C38 vs.	C31	0.574 (PC)	24.012	15	0.065	0.055	0.971
C38 vs.	C32	0.537 (PC)	25.100	15	0.049	0.059	0.960
C38 vs.	C33	0.622 (PC)	16.940	15	0.322	0.026	0.997
C38 vs.	C34	0.564 (PC)	18.615	15	0.232	0.035	0.995
C38 vs.	C35	0.424 (PC)	21.677	15	0.117	0.048	0.985
C38 vs.	C36	0.608 (PC)	19.034	15	0.212	0.037	0.994
C38 vs.	C37	0.267 (PC)	32.187	15	0.006	0.077	0.842
C39 vs.	C1	0.350 (PC)	14.160	15	0.513	0.000	0.999
C39 vs.	C2	0.441 (PC)	10.328	15	0.799	0.000	1.000
C39 vs.	C3	0.539 (PC)	7.005	15	0.958	0.000	1.000
C39 vs.	C4	0.184 (PC)	13.378	15	0.573	0.000	1.000
C39 vs.	C5	0.053 (PC)	23.996	15	0.065	0.055	0.970
C39 vs.	C6	0.232 (PC)	20.481	11	0.039	0.066	0.890
C39 vs.	C7	0.595 (PC)	23.043	15	0.083	0.052	0.978
C39 vs.	C8	0.672 (PC)	15.269	15	0.432	0.010	0.999
C39 vs.	C9	0.465 (PC)	18.608	15	0.232	0.035	0.995
C39 vs.	C10	0.096 (PC)	24.039	15	0.064	0.055	0.971
C39 vs.	C11	0.342 (PC)	13.489	15	0.565	0.000	1.000

C39 vs.	C12	0.473 (PC)	27.689	15	0.024	0.066	0.932
C39 vs.	C13	0.505 (PC)	17.776	15	0.275	0.031	0.996
C39 vs.	C14	0.288 (PC)	27.650	15	0.024	0.065	0.932
C39 vs.	C15	0.227 (PC)	28.030	15	0.021	0.067	0.923
C39 vs.	C16	0.504 (PC)	33.868	15	0.004	0.080	0.799
C39 vs.	C17	0.443 (PC)	31.116	15	0.008	0.074	0.863
C39 vs.	C18	0.344 (PC)	15.576	15	0.411	0.014	0.999
C39 vs.	C19	0.413 (PC)	20.640	15	0.149	0.044	0.989
C39 vs.	C20	0.586 (PC)	12.301	15	0.656	0.000	1.000
C39 vs.	C21	0.538 (PC)	27.028	15	0.029	0.064	0.938
C39 vs.	C22	0.590 (PC)	12.239	15	0.661	0.000	1.000
C39 vs.	C23	0.660 (PC)	12.341	15	0.653	0.000	1.000
C39 vs.	C24	0.338 (PC)	23.782	15	0.069	0.055	0.971
C39 vs.	C25	0.305 (PC)	30.305	15	0.011	0.073	0.881
C39 vs.	C26	0.418 (PC)	21.155	15	0.132	0.046	0.986
C39 vs.	C27	0.409 (PC)	41.171	15	0.000	0.095	0.567
C39 vs.	C28	0.428 (PC)	20.515	15	0.153	0.043	0.989
C39 vs.	C29	0.513 (PC)	43.819	15	0.000	0.099	0.483
C39 vs.	C30	0.612 (PC)	28.771	15	0.017	0.068	0.915
C39 vs.	C31	0.617 (PC)	19.688	15	0.184	0.040	0.992
C39 vs.	C32	0.552 (PC)	27.387	15	0.026	0.065	0.933
C39 vs.	C33	0.524 (PC)	37.837	15	0.001	0.088	0.686
C39 vs.	C34	0.488 (PC)	39.373	15	0.001	0.091	0.636
C39 vs.	C35	0.478 (PC)	23.614	15	0.072	0.054	0.973
C39 vs.	C36	0.598 (PC)	32.147	15	0.006	0.076	0.846
C39 vs.	C37	0.153 (PC)	31.166	15	0.008	0.074	0.865
C39 vs.	C38	0.728 (PC)	27.604	15	0.024	0.065	0.933
C40 vs.	C1	0.502 (PC)	14.547	15	0.485	0.000	0.999
C40 vs.	C2	0.446 (PC)	24.742	15	0.054	0.058	0.962
C40 vs.	C3	0.510 (PC)	38.217	15	0.001	0.089	0.665
C40 vs.	C4	0.440 (PC)	16.344	15	0.360	0.022	0.998
C40 vs.	C5	0.461 (PC)	28.410	15	0.019	0.068	0.911
C40 vs.	C6	0.504 (PC)	27.834	11	0.003	0.089	0.640
C40 vs.	C7	0.473 (PC)	15.875	15	0.390	0.017	0.998
C40 vs.	C8	0.494 (PC)	26.516	15	0.033	0.063	0.943
C40 vs.	C9	0.454 (PC)	17.401	15	0.295	0.029	0.996
C40 vs.	C10	0.243 (PC)	32.759	15	0.005	0.078	0.825
C40 vs.	C11	0.450 (PC)	13.367	15	0.574	0.000	1.000
C40 vs.	C12	0.511 (PC)	27.909	15	0.022	0.067	0.923
C40 vs.	C13	0.528 (PC)	11.321	15	0.730	0.000	1.000
C40 vs.	C14	0.538 (PC)	37.611	15	0.001	0.088	0.685
C40 vs.	C15	0.379 (PC)	22.535	15	0.095	0.051	0.978
C40 vs.	C16	0.485 (PC)	26.641	15	0.032	0.064	0.938
C40 vs.	C17	0.582 (PC)	32.659	15	0.005	0.079	0.818
C40 vs.	C18	0.543 (PC)	29.075	15	0.016	0.070	0.898
C40 vs.	C19	0.610 (PC)	13.689	15	0.549	0.000	0.999
C40 vs.	C20	0.532 (PC)	31.128	15	0.008	0.075	0.855
C40 vs.	C21	0.477 (PC)	23.694	15	0.070	0.055	0.970
C40 vs.	C22	0.480 (PC)	16.354	15	0.359	0.022	0.997
C40 vs.	C23	0.503 (PC)	42.553	15	0.000	0.098	0.505
C40 vs.	C24	0.422 (PC)	31.379	15	0.008	0.075	0.852
C40 vs.	C25	0.404 (PC)	32.014	15	0.006	0.077	0.834
C40 vs.	C26	0.508 (PC)	14.817	15	0.465	0.000	0.999
C40 vs.	C27	0.424 (PC)	30.955	15	0.009	0.075	0.859
C40 vs.	C28	0.379 (PC)	32.950	15	0.005	0.079	0.813
C40 vs.	C29	0.512 (PC)	26.414	15	0.034	0.063	0.941
C40 vs.	C30	0.524 (PC)	26.777	15	0.031	0.064	0.939
C40 vs.	C31	0.661 (PC)	17.773	15	0.275	0.031	0.996
C40 vs.	C32	0.594 (PC)	27.855	15	0.022	0.067	0.921
C40 vs.	C33	0.519 (PC)	14.029	15	0.523	0.000	0.999

C40 vs.	C34	0.504 (PC)	23.453	15	0.075	0.054	0.972
C40 vs.	C35	0.479 (PC)	29.180	15	0.015	0.070	0.900
C40 vs.	C36	0.705 (PC)	34.754	15	0.003	0.083	0.768
C40 vs.	C37	0.360 (PC)	24.589	15	0.056	0.058	0.962
C40 vs.	C38	0.569 (PC)	19.266	15	0.202	0.038	0.993
C40 vs.	C39	0.483 (PC)	41.674	15	0.000	0.096	0.550

Percentage of Tests Exceeding 0.5% Significance Level: 0.0%

Percentage of Tests Exceeding 1.0% Significance Level: 0.0%

Percentage of Tests Exceeding 5.0% Significance Level: 0.0%

ANEXO XIII
MATRIZ CORRELACIONES POLICÓRICAS
