

Puntos de apalancamiento en la gestión de la excelencia de los agentes facilitadores EFQM en un servicio de hospitalización

Pérez, Jorge La rotta, Daniel Parra, Carlos

Resumen:

Enfatizando en la excelencia, una firma debe destacarse tanto en agentes facilitadores (AF) como en resultados. Delimitando a los AF EFQM, estos presentan variedad de aspectos que definen la excelencia. La identificación de lo relevante a intervenir, bajo el enfoque tradicional, se basa en extensos párrafos de oportunidades, fortalezas, debilidades y amenazas; o también, con miradas analíticas, se limita hacia aquellos aspectos peor valorados, dejando de lado las posibles relaciones entre ellos. El artículo presenta la metodología diseñada para identificar puntos de apalancamiento en la gestión de la excelencia de los AF en un servicio de hospitalización, y parte de cuantificar las principales brechas de la firma respecto a un referente de excelencia compuesto por 284 ítems. Luego, con base en los ítems más críticos, se deducen relaciones causales para una mejor comprensión del sistema. En la institución que sirvió de caso, 35 fueron los ítems críticos, los cuales fueron agrupados en nueve dimensiones. A estas se les identificó una estructura sistémica que permitió priorizar hacia un punto de apalancamiento: impulso al mejoramiento de la gestión de los grupos de interés a través de la comunicación de la estrategia y la evaluación del desempeño.

Palabras clave: puntos de apalancamiento, hospitalización, pensamiento sistémico, excelencia empresarial, EFQM.

Leverage points to enhance the way the excellence is managed by a hospital service, focusing on the EFQM enablers

Abstract:

Focusing on the excellence concept, any company has to stand out, taking care of both: the enablers, as well as the results finally obtained. Enablers defined by EFQM Excellence model present a variety of aspects. Traditionally, the points identified to intervene are based on extensive SWOT analysis; as well as on analytic views. But the prioritization usually is limited to the aspects that receive low levels of evaluation, ignoring the possible relations among themselves. This article proposes a methodology to identify leverage points to enhance the way the excellence is managed by a hospital service, focusing on the enablers. The study identifies the most relevant services gaps using an instrument composed by 284 items developed by the authors, using the EFQM excellence model as a reference. Based on the identification of the most critical aspects to intervene, a causal relationship map is proposed that facilitates an integral analysis of the situation. In this particular case 35 items are considered as crucial, that are then grouped in nine dimensions. These are mapped in a system structure that allows to identify one special leverage point: Foster the improvement of the stake holders management through the communication of the strategy and the systematic evaluation of the organizations performance.

Keywords: Leverage points, hospital service, systemic thinking, business excellence, EFQM.

1. INTRODUCCIÓN

El artículo expone la metodología diseñada para identificar puntos de apalancamiento en la gestión de la excelencia de los agentes facilitadores (AF) EFQM en un servicio de hospitalización del Departamento de Antioquia, Colombia. Dicho estudio partió desde la definición de la variable Gestión de la excelencia en los AF EFQM, la recolección de información bajo una perspectiva de autoevaluación desde el equipo directivo de la firma, pasando luego por la cuantificación del nivel de excelencia, y finalizando con la definición de la propuesta de mejoramiento bajo una visión sistémica.

El referente de comparación, desde una perspectiva teórica, se basa en el Modelo Europeo de Excelencia (EFQM 2010) [1]; con relación a la componente metodológica para evaluar el nivel de excelencia, se hizo uso de cuestionarios estructurados bajo escalamiento tipo Likert de cinco puntos, complementados con un conjunto de ecuaciones para aislar los sesgos del evaluador externo y garantizar la reproducibilidad de los resultados. Respecto al establecimiento de áreas de mejora, la perspectiva teórica fue el pensamiento sistémico, recurriendo a la identificación de estructuras sistémicas que posibiliten identificar puntos de apalancamiento. Estas estructuras tuvieron como insumos los ítems de agentes facilitadores EFQM, que resultaron con valoraciones más desfavorables sobre el servicio de hospitalización.

Desde el punto de vista pragmático, este trabajo es útil para la institución objeto de estudio, en la medida en que ofrece la situación inicial de la misma respecto a la gestión de la excelencia de los AF EFQM y, a raíz del análisis sistémico, se proponen puntos de apalancamiento para intervenir, de modo que se dé un mejor aprovechamiento a los recursos y se potencie el mejoramiento global de la firma.

El aporte académico del estudio se sustenta en que la metodología propuesta aporta insumos a uno de los vacíos identificados en recientes investigaciones sobre el tema [2-4], específicamente, a la posibilidad de priorizar las múltiples oportunidades de mejora (en formato narrativo) que pueden surgir mediante el uso del modelo EFQM. Adicionalmente, invita a abordar dichas oportunidades procurando una mirada holística, identificando puntos de apalancamiento que contribuyan a que la organización actúe de forma eficiente, evitando afrontar cada aspecto por mejorar como “una pastilla independiente”. Este artículo provee elementos metodológicos que sirven de guía para trascender, en otros servicios de salud e incluso en otros sectores económicos, los paradigmas de identificación de oportunidades de mejora basados en miradas netamente analíticas, centradas en el “árbol”, y que pueden llegar a descuidar el “bosque”.

2. ASPECTOS TEÓRICOS

2.1 Modelo EFQM

Uno de los modelos de excelencia más reconocidos es el EFQM (European Foundation for Quality Management), el cual es no normativo y consta de nueve criterios agrupados en dos bloques: agentes facilitadores (Liderazgo, Estrategia, Personas, Alianzas, Procesos) y resultados (personas, clientes, sociedad, rendimiento: proveedores y accionistas). Haciendo énfasis en los agentes facilitadores (AF), como objeto de delimitación de este estudio, el Modelo EFQM precisa que las organizaciones excelentes: “tiene líderes que dan forma al futuro y lo hacen realidad”, “desarrollan una estrategia centrada en sus grupos de interés”, “valoran a las personas que las integran y crean una cultura que permite lograr los objetivos”, “planifican y gestionan alianzas externas para apoyar el despliegue de la estrategia” y “diseñan, gestionan y mejoran procesos, productos y servicios para generar valor a los clientes y grupos objetivo” [1]. Cada una de estas prácticas de excelencia, enmarcadas en cada criterio de agentes facilitadores, se divide, a su vez, en una serie de subcriterios que permiten una mejor visualización en el ejercicio organizacional. Estos criterios y subcriterios pueden consultarse en EFQM [1].

2.2 Auge del Modelo EFQM en el sector salud

En los últimos quince años se destacan en el continente Europeo y en algunos países de Asia, diversas investigaciones que han abordado la utilidad del Modelo de Excelencia EFQM para potenciar el funcionamiento de las instituciones del sector de la salud. Algunas de ellas destacan la coherencia genérica del modelo con los propósitos y la normativa de salud gubernamental existente [5-8]. Otras profundizan en refinamientos del modelo dirigidos a las especificidades propias de las instituciones de la salud [9, 6]; Vallejo, et al. 2006). En tanto que otras describen experiencias de evaluación y mejoramiento a través de la herramienta [10-12, 8]. Asimismo se destacan, estudios teóricos que demuestran la fuerte relación entre los modelos de excelencia EFQM y Malcom Baldrige, con respecto a los Premios Nacionales de Excelencia existentes a nivel mundial [13]. Algunos otros demuestran la relación entre los elementos principales de los modelos de excelencia y los valores humanos [14-15]. De manera general todos los estudios reafirman los grandes beneficios y oportunidades que ofrece el uso del modelo EFQM sobre la gestión integral de las organizaciones del sector salud.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

En la [figura 1](#) se resume la metodología diseñada para identificar los puntos de apalancamiento en la gestión de la excelencia de los AF en la institución objeto de estudio. Esta metodología constó de 9 etapas, que se describen a continuación:

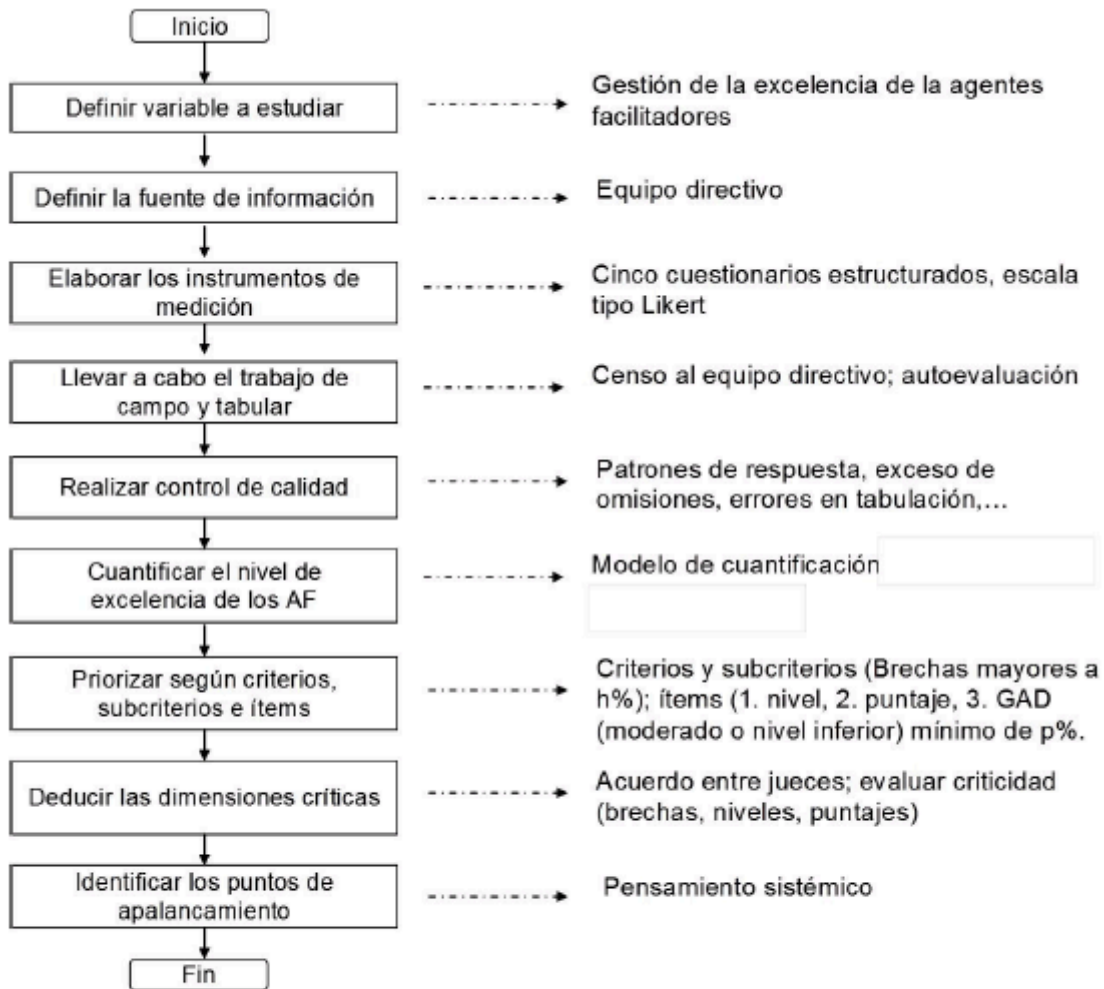


Figura 1. Metodología de identificación de puntos de apalancamiento en el servicio de hospitalización

Definición de la variable: La variable objeto de estudio es el Nivel de excelencia en los agentes facilitadores EFQM, entendida como sigue [16]: “Grado en que una organización diseña y despliega la misión y la visión, y las sostiene por medio de un liderazgo compartido, de valores y principios éticos, y de una estrategia enfocada en los grupos de interés, con la participación y desarrollo de las personas de la organización y de sus aliados, gestionando los procesos con el máximo valor agregado, de forma que se potencie la posterior satisfacción conjunta y sobresaliente de las necesidades y expectativas de clientes, empleados, accionistas, proveedores y el resto de la sociedad”.

Definir fuente de información: Los agentes facilitadores se deben directamente a la formulación, despliegue, revisión y mejoramiento de las decisiones y cultura transmitida desde el equipo estratégico, en favor de todos los grupos de interés. En ese sentido, para el caso de estudio, los siete directivos del servicio fueron considerados como la fuente de información. De estos, cinco directivos están contratados por la institución (Director General, Subdirector de Salud, Subdirector Administrativo y Financiero, y los dos Coordinadores de Hospitalización) y los otros dos pertenecen a una firma que les provee personal asistencial, básicamente en medicina general y enfermería. En representación de esta firma contratista, se incorporó en el estudio al Presidente y al Director en Gestión de salud.

Elaborar los instrumentos de medición: Para abordar la variable de interés, se diseñaron cinco cuestionarios, uno por cada criterio de agentes facilitadores (AF). Como referente principal, con relación a áreas y contenidos, se usó la última versión del modelo EFQM [1], documento que profundiza en la conceptualización oficial que brinda la organización EFQM con respecto a cada AF. La puesta a punto de los instrumentos se llevó a cabo mediante validación cualitativa, debido a que: 1) La redacción de cada uno de los ítems, así como sus agrupaciones, se ciñeron, en exclusiva, a las descripciones y estructura de cada criterio, subcriterio e incidentes críticos plasmados en el modelo oficial EFQM versión 2010. 2) Dada la configuración de cargos de la entidad objeto de estudio, el número de directivos no representa un tamaño de muestra que hiciera viable realizar análisis cuantitativos de fiabilidad y validez. 3) No era propósito del estudio probar las propiedades psicométricas de un test resultante del Modelo oficial en su versión 2010.

No obstante, apoyados en el marco cualitativo definido, se recurrió a la “validación de apariencia y contenido”, a través de entrevistas semiestructuradas a un grupo de 15 expertos, cinco de ellos de la Universidad de Antioquia y los demás de la entidad de salud. Entre los roles de los participantes, vale mencionar: académico-evaluador del premio colombiano a la calidad de la gestión, directora de calidad de la entidad objeto de estudio, directora de planeación de la entidad, coordinador de bloque de hospitalización, etc. Los aspectos considerados en este ejercicio se ajustaron a cuatro de los cinco lineamientos de Moriyama (1968), también empleados en estudios recientes (López, del Castillo y Oramas, 2011). Estos lineamientos fueron: Comprensión, sensibilidad a variaciones en el fenómeno que se mide, precisión, y viabilidad de obtener los datos. A este grupo de expertos no se le consultó sobre el aspecto “suposiciones justificables”, el cual se refiere al hecho de que exista justificación para que la pregunta sea incluida. Por el contrario, en este primer trabajo dicho aspecto se asumió argumentado, debido a que el diseño de todos los ítems respetó la estructura y las descripciones de los criterios, subcriterios e incidentes críticos del modelo oficial EFQM 2010.

Dada la complejidad del proceso, la etapa de diseño de cuestionarios tomó 6 meses de trabajo (inició: junio de 2010, fin: noviembre de 2010). Luego de ajustes, se dio lugar a las versiones finales de los instrumentos, que sumaron 284 ítems, evaluados bajo un escalamiento tipo Likert, que va desde 1. Totalmente en desacuerdo, hasta 5. Totalmente de acuerdo.

Trabajo de campo, tabulación y control: El trabajo de campo tuvo una duración de un mes y consistió en administrar los cinco cuestionarios a cada uno de los directivos. Así, estos auto-evaluaron la gestión del servicio de hospitalización, comparando sus modelos mentales con el referente de excelencia que se precisó mediante los 284 ítems. La administración de cada cuestionario estuvo antecedida por una introducción verbal, en la que se informó sobre la aprobación del estudio por parte del director general, se explicó el modelo EFQM, los objetivos, la necesidad de imparcialidad, el uso ético-profesional y anónimo de la información a recolectar, y el procedimiento de diligenciamiento de los cuestionarios (individual, lectura completa, etc.). Posteriormente, los cuestionarios diligenciados fueron revisados, a fin de excluir aquellos en los que tuviesen respuestas que siguieran algún patrón obvio que dedujera desconfianza (ej.): todas en una misma categoría de respuesta; exceso de preguntas sin responder). Luego se procedió con la tabulación y seguido, con la verificación de dicha tabulación, haciendo censo a todas las encuestas. Todo superó las pruebas de calidad efectuadas, no siendo necesario anular algún dato o encuesta.

Cuantificar el nivel de excelencia de los AF: Con los datos que se recolectaron en la etapa anterior, se procedió a cuantificar el nivel de excelencia de los AF en el servicio de interés. Esto se hizo mediante el modelo propuesto en [16], que básicamente consta de cinco indicadores, de los cuales cuatro son fundamentales para la comprensión del presente artículo: Puntaje asociado al nivel de excelencia del grupo o componente de AF EFQM (PEAF), Brecha del objeto de estudio frente a las prácticas de excelencia tomadas

como referentes (BPE), Categorización del nivel de excelencia (NEAF) y Grado de acuerdo entre directivos (GAD). Todos ellos aplican para el grupo de AF del modelo EFQM, como para elementos específicos (criterios, subcriterios, ítems). El cálculo de los puntajes (PEAF) va de 1 a 5, acorde con la escala de Likert empleada, se basa en un promedio ponderado entre el puntaje obtenido en cada componente y su respectiva importancia relativa. A modo de ejemplo, el cálculo se presenta para el puntaje global de todo el grupo de AF en la institución de interés (Ec. 1), el cual pondera según la mirada directiva, dependiendo de si la fuente de información está contratada por la institución estudiada o subcontratada a través de otra firma. De igual forma se hace al nivel de criterio, subcriterio o ítem.

$$PEAF = PEA_{vinc} \times Peso_{vinc} + PEA_{subc} \times Peso_{subc}$$

Ec. 1

Los niveles de excelencia, con sus respectivos puntajes, son [16]: incipiente [1,0-1,8], básico (1,8-2,6], moderado (2,6-3,4], avanzado (3,4-4,2] y maduro (4,2-5,0]. En el caso del indicador de brechas (BPE), éstas se refieren qué tanto se dista del máximo puntaje posible, el cual es de 5 bajo la escala empleada [16]:

$$BPE = \left(1 - \frac{PEAF}{5}\right) \times 100\%$$

Ec. 2

Otro de los indicadores mencionados fue el GAD (región), el cual aplica tanto global como indexado en criterios, subcriterios, e ítems. Esto se debe a que el nivel de excelencia obtenido como resultado de la valoración de un determinado directivo, puede ser igual o diferente al de otro. Por ejemplo, la valoración de uno de los directivos puede arrojar un nivel de excelencia “básico”, mientras que para los otros seis podría ser “moderado”. En este caso, el grado de acuerdo respecto al nivel básico es 1/7 (14%). La expresión para el cálculo del GAD se muestra en la ecuación 3 [16]:

$$GAD(región) = \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^{d_i} EDA(región)_{ij}}{r} \quad (3)$$

Siendo EDA, el evento de que el nivel de excelencia deducido para un directivo j, adscrito a la mirada i, pertenezca a una región de interés (nivel o rango de niveles), y se expone en la ecuación 4 [16]:

$$EDA(\text{región})_{ij} = \begin{cases} 1 & \text{Si } NEAF_{ij} \in \text{región} \\ 0 & \text{Si } NEAF_{ij} \notin \text{región} \end{cases} \quad \forall i, j \quad (4)$$

En la [tabla 1](#) se presentan los valores o características de los parámetros, predefinidas para la cuantificación del nivel de excelencia en la institución de salud, acompañados de su justificación.

Tabla 1. Criterios paramétricos de modelización de la institución de salud. Fuente: [16]

Parámetros / Miradas	A (vinculados)	B (firma contratista)	Justificación
Número de directivos	5	2	Población directiva según la institución de salud.
Criterios estudiados	5 (Liderazgo, estrategia, personas, alianzas y recursos, procesos)	2 (liderazgo y personas)	Según la institución tienen incidencia directa para valorar esos criterios.
Peso de las miradas	71% en liderazgo y personas; en los demás 100%	29% en liderazgo y personas; en los demás 0%	Se probaron siete escenarios de pesos para las dos miradas incorporadas: desde A (20%) y B (80%) hasta A (80%) y B (20%), con cambios de 10%. Las variaciones del PEAf fueron mínimas, llevando a la misma conclusión. Al final, se consensuaron los pesos en 71% (A) y 29% (B).
Peso de los criterios en cada mirada	Igual peso para cada uno de los cinco criterios: 20%	Igual peso para cada uno de los dos criterios: 50%	Según los pesos del Modelo EFQM, son iguales en agentes facilitadores.
Peso de los subcriterios e ítems	En cada criterio: igual peso para cada subcriterio; en cada subcriterio: igual peso para cada ítem		

Priorización de criterios, subcriterios e ítems: La priorización partió de considerar como más críticos, en la institución objeto de estudio, aquellos criterios y subcriterios con brechas superiores al 20% [16]. Luego, se procedió a priorizar los ítems según el nivel de excelencia (NEAF), puntaje (PEAF) y finalmente, grado de acuerdo entre directivos. La priorización bajo este último varió dependiendo de si se trataba de liderazgo y personas o de los demás criterios. Para los primeros se consideraron ítems críticos en caso de que el GAD (“moderado” o en nivel inferior) fuese superior o igual a 43%; es decir, que al menos (3 de los 7 directivos hubiesen arrojado valoraciones que se ubican en un nivel “moderado” o inferior (básico o incipiente). En tanto que para los demás criterios, en vista de que la base fue de 5 directivos, se estableció como crítico 2 de los 5 directivos (40%).

Dimensiones críticas: los resultados obtenidos en la etapa anterior fueron los insumos para un análisis que vinculara una visión de totalidades, que permitiese identificar patrones de respuesta subyacentes en los ítems más críticos y sus posibles relaciones. Ello, con el propósito de lograr una mejor comprensión de lo que ocurre en el servicio de hospitalización e identificar puntos de apalancamiento que, dado los limitantes de

personas, recursos, entre otros, conviniera intervenir para potenciar el mejoramiento global del sistema.

Los patrones de comportamiento identificados se conocerán, en adelante, como dimensiones críticas del servicio. La identificación de estas dimensiones se apoyó en el procedimiento de acuerdo entre jueces, similar a como se usa en evaluaciones de calidad de servicios [17]. Ello partió de la conformación de dos equipos de trabajo, integrados por los profesores investigadores del proyecto, y personal de la institución objeto de estudio. Luego de ello, se administraron, en recortes de papel, cada ítem crítico, sin información sobre a qué criterio o subcriterio del modelo EFQM pertenecen. Ambos equipos de trabajo contaron con los mismos ítems. Seguido, se les indicó que agruparan los ítems de acuerdo a similitudes, relaciones de sinonimia o patrones de respuesta que identificaran, sin predisponer ni aceptar a priori la estructura que maneja el modelo EFQM, a fin de no sesgar la agrupación. Una vez cada equipo culminó, se socializaron los resultados y se observaron las similitudes entre ellos, para luego, en lo que no hubo acuerdo, generar el debate, exponiendo los argumentos y llegando a un consenso final sobre la agrupación de uno u otro ítem.

Con el fin de corroborar la criticidad de las dimensiones que resultaron del análisis anterior, se calcularon, para cada una de ellas, los indicadores de: puntaje alusivo a la excelencia en los AF (PEAF), las brechas (BPE), el nivel de excelencia (NEAF) y la desviación estándar.

Puntos de apalancamiento: Considerando la complejidad en la toma de decisiones, se recurrió al pensamiento sistémico para levantar una posible estructura que vinculara las dimensiones críticas del servicio mediante relaciones causales, inmediatas y con retardos. Luego de identificar puntos de apalancamiento, se elaboró la propuesta de mejora para el servicio de hospitalización y se socializó con el equipo directivo.

4. RESULTADOS

Nivel de excelencia del servicio y sus principales brechas:

El nivel global de excelencia que caracteriza al servicio de hospitalización, no llega a un estado de madurez en sus prácticas de gestión, arrojando una brecha (BPE) de 22,8% frente al cumplimiento cabal de los estándares sometidos a ensayo. Dicho nivel (NEAF) se ubicó en “avanzado”, con un puntaje global de 3,86 (PEAF), reflejando la necesidad de intervenciones de mejoramiento para trascender hacia la madurez en la excelencia organizacional. Se evidenció, además, que existe un alto grado de acuerdo entre los directivos con respecto a este nivel de la excelencia (GAD (avanzado) de 6/7 u 85.7%). Para profundizar al respecto, véase [16]

En la [figura 2](#) se presentan las brechas de la institución objetivo frente al referente de excelencia en cuanto a criterios y subcriterios. Además, se resaltan, en un óvalo, aquellas brechas cuyo valor superó 20%, consideradas en compañía de los altos directivos del servicio, como las más prioritarias.

Brechas servicio vs referente de excelencia							
Agentes facilitadores	Indicadores	En criterios	En subcriterios				
			S ₁	S ₂	S ₃	S ₄	S ₅
Liderazgo	BPE	25%	19%	26%	33%	15%	23%
	NEAF	Avanzado	Avanzado	Avanzado	Moderado	Maduro	Avanzado
Personas	BPE	24%	25%	23%	27%	25%	24%
	NEAF	Avanzado	Avanzado	Avanzado	Avanzado	Avanzado	Avanzado
Estrategia	BPE	22%	24%	22%	19%	23%	N/A
	NEAF	Avanzado	Avanzado	Avanzado	Avanzado	Avanzado	N/A
Alianzas y Recursos	BPE	18%	15%	14%	20%	19%	20%
	NEAF	Avanzado	Maduro	Maduro	Avanzado	Avanzado	Avanzado
Procesos, procesos y servicios	BPE	21%	19%	20%	24%	21%	20%
	NEAF	Avanzado	Avanzado	Avanzado	Avanzado	Avanzado	Avanzado

BPE: Brechas servicio vs referente de excelencia; NEAF: Nivel de excelencia

Figura 2. Principales brechas del servicio frente al referente de excelencia. .

Fuente: [15]

Ítems críticos: En las [tablas 2-5](#) se presentan los 35 ítems que resultaron más críticos bajo los parámetros de priorización: nivel, puntaje y GAD (moderado o nivel inferior) mínimo de 43% (3 de 7 directivos).

Tabla 2. Liderazgo

Subcriterio	Id.	Descripción del ítem	PEAF	NEAF	GAD moderado o nivel inferior)
Subcriterio 2: impulso a la mejora y al rendimiento del sistema de gestión de la organización	LS2 3	Uso de indicadores para evaluar el impacto del servicio de hospitalización sobre los acompañantes de los pacientes.	3,14	Moderado	57%
	LS2 8	Uso de indicadores para evaluar el impacto del servicio de hospitalización sobre la sociedad.	3	Moderado	60%
	LS2 16	Evaluación de los resultados para brindar mayores beneficios a la sociedad.	2,86	Moderado	71%
	LS2 27	Gestión de riesgos para los acompañantes de los pacientes.	3,14	Moderado	57%
Subcriterio 3: implicación con los grupos de interés externos	LS3 7	Implicar a los pacientes en la generación de ideas e innovaciones.	2,43	Básico	100%
	LS3 8	Implicar a los acompañantes de los pacientes en la generación de ideas e innovaciones.	2,43	Básico	100%
	LS3 3	Dar respuesta satisfactoria a las necesidades y expectativas de los acompañantes de los pacientes.	3,29	Moderado	71%
	LS3 5	Dar respuesta satisfactoria a las necesidades y expectativas de los proveedores.	3,2	Moderado	80%
	LS3 6	Dar respuesta satisfactoria a las necesidades y expectativas de la sociedad (incluya en esta reflexión actores como: vecinos, comunidad, autoridades e instituciones educativas.).	2,86	Moderado	86%
	LS3 10	Implicar a los proveedores en la generación de ideas e innovaciones.	3,25	Moderado	75%
	LS3 11	Implicar a la sociedad en la generación de ideas e innovaciones (incluya en esta reflexión actores como: vecinos, comunidad, autoridades e instituciones educativas.).	2,86	Moderado	86%
Subcriterio 5: compromiso con la flexibilidad de la organización y con la gestión del cambio	LS5 5	Crear ventajas competitivas con respecto a otros servicios de hospitalización.	3,29	Moderado	57%

Tabla 3. Gestión de las personas

Subcriterio	Id.	Descripción del ítem	PEAF	NEAF	GAD (moderado o nivel inferior)
Subcriterio 1: coherencia entre la gestión del personal y la estrategia de la organización	PS1 3	Tener en cuenta a los colaboradores del servicio de hospitalización en la formulación y revisión de las políticas de gestión del talento humano.	3,14	Moderado	57%
	PS1 4	Adoptar enfoques creativos e innovadores para mejorar la gestión del talento humano en el servicio de hospitalización.	3,43	Avanzado	43%
	PS1 8	Gestionar los procesos de promoción y relevo generacional de los colaboradores del servicio de hospitalización garantizando equidad e igualdad de oportunidades.	3,43	Avanzado	43%
Subcriterio 2: capacitación de las personas	PS2 2	Desarrollar planes de formación que ayuden a los colaboradores del servicio de hospitalización a conseguir las competencias (conocimientos, habilidades y valores) que la organización va a necesitar en el futuro.	3,57	Avanzado	43%
	PS2 4	Alinear los objetivos de los equipos de colaboradores del servicio de hospitalización con los objetivos de la organización.	3,29	Moderado	57%
	PS2 5	Evaluar sistemáticamente el desempeño de los colaboradores del servicio de hospitalización con el fin de detectar oportunidades de mejora.	3,71	Avanzado	43%
Subcriterio 3: implicación de las personas con las necesidades de la organización	PS3 5	Fomentar, entre los colaboradores del servicio de hospitalización, una cultura que posibilite la innovación dentro de la organización.	3,43	Avanzado	43%
Subcriterio 4: Nivel de comunicación de las personas	PS4 25	Comprender las necesidades y expectativas de comunicación de los colaboradores del servicio de hospitalización.	3,57	Avanzado	43%
	PS4 26	Desplegar la estrategia (políticas, planes, objetivos) basándose en las necesidades y expectativas de comunicación de los colaboradores del servicio de hospitalización (diseña canales de comunicación apropiados).	3,4	Avanzado	57%
Subcriterio 5: Reconocimiento a las personas	PS5 1	Alinear los criterios de remuneración y otras formas de compensación de los colaboradores del servicio de hospitalización con la estrategia y las políticas de la organización.	3,8	Avanzado	50%
	PS5 6	Propender por una adecuada alineación entre la vida personal y laboral de los colaboradores del servicio de hospitalización.	3,4	Avanzado	43%
	PS5 9	Animar a los colaboradores del servicio de hospitalización a participar en actividades en beneficio de la sociedad.	3,4	Avanzado	57%

Tabla 4. Gestión de la estrategia

Subcriterio	Id.	Descripción del ítem	PEAF	NEAF	GAD (moderado o nivel inferior)
Subcriterio 1 : coherencia de la estrategia con las necesidades de los grupos de interés	ES1 2	Recoger las necesidades y las expectativas de los acompañantes de los pacientes del servicio de hospitalización de una manera estructurada y las incorpora a su quehacer en cumplimiento de la estrategia institucional.	3.4	Moderado	60%
	ES1 7	Recoger las necesidades y las expectativas de la sociedad de una manera estructurada y las incorpora al quehacer del servicio de hospitalización en cumplimiento de la estrategia institucional (incluya en esta reflexión actores como: vecinos, comunidad, autoridades e instituciones educativas.).	3.2	Moderado	60%
Subcriterio 2 : coherencia de la estrategia con el rendimiento de la organización y sus capacidades	ES2 6	Comparar de manera periódica su desempeño con el de otras instituciones similares, a través de indicadores de referencia formales que le permiten comprender sus fortalezas y sus debilidades.	3.4	Moderado	40%
Subcriterio 4 : comunicación e implantación de la estrategia	ES4 3	Definir los objetivos de la unidad de hospitalización teniendo en cuenta la comparación del desempeño de su servicio con el de otros servicios considerados como de excelencia (nacional o internacionalmente).	3,2	Moderado	60%
	ES4 12	Comunicar sistemáticamente a los acompañantes de sus pacientes, estrategia, políticas y planes.	3,4	Moderado	60%
	ES4 13	Comunicar sistemáticamente a sus usuarios corporativos (EPS-S, EPS-C, etc.), su estrategia, políticas y planes.	3,4	Moderado	60%
	ES4 14	Comunicar sistemáticamente a sus proveedores, su estrategia, políticas y planes.	3,4	Moderado	60%

Tabla 5. Gestión de procesos, productos y servicios

Subcriterio	Id.	Descripción del ítem	PEAF	NEAF	GAD (moderado o nivel inferior)
Subcriterio 3 : promoción de los servicios	PPS3 3	Alinear de manera sistemática, la oferta de valor diferenciada del servicio de hospitalización, con las expectativas de sus pacientes.	3,2	Moderado	60%
	PPS3 4	Alinear de manera sistemática, la oferta de valor diferenciada del servicio de hospitalización, con las expectativas de los acompañantes de sus pacientes.	3,2	Moderado	60%
	PPS3 11	Tener claramente identificado qué tanto contribuye el servicio de hospitalización al posicionamiento internacional de la institución.	3,2	Moderado	60%
Subcriterio 4 : producción, distribución y gestión de los servicios	PPS4 2	Prestar el servicio de hospitalización, garantizando que se satisfacen o exceden las necesidades y expectativas de los acompañantes de sus pacientes.	3,4	Moderado	60%

Nótese que en la [tabla 4](#), a pesar de que el menor nivel de excelencia que resultó bajo la suma ponderada, por ejemplo, para el ítem PS14, fue “avanzado”, las valoraciones de 3 de los 7 directivos ubicaron ese ítem en “moderado” o menor nivel. Lo cual explica el puntaje (PEAF=3,43) muy cercano al límite superior de la región de “moderado” (3,42), constituyéndose en un ítem crítico bajo los parámetros definidos por el equipo investigador. Asimismo ocurre con la mayoría de los ítems sobre gestión de las personas. Es de anotar que el ítem PS51 expuesto en la [tabla 4](#), presenta un GAD (moderado o nivel inferior) de 50% (3/6); esto se debe a que la base no fue 7 directivos, sino 6, debido a que uno de ellos se abstuvo de responder al ítem.

Dimensiones críticas: Los 35 ítems que resultaron críticos, bajo los criterios de priorización, luego de haber efectuado el procedimiento de acuerdo entre jueces se agruparon en nueve dimensiones críticas (A-F); a continuación, se describen junto con su estructura de ítems (se aclara que para identificar los ítems mencionados el lector se debe referir a la columna Id de las [tablas 2-5](#)):

(A) Respuesta a las necesidades y expectativas de acompañantes de pacientes, proveedores y resto de la sociedad (vecinos, comunidad, autoridades, instituciones educativas): LS2_27, LS3_3, LS3_5, LS3_6, PPS4_2. (B) Comunicación de la estrategia a colaboradores, acompañantes de pacientes, proveedores y usuarios corporativos: PS4_2, ES4_12, ES4_13, ES4_14. (C) Alineación entre la estrategia (políticas, objetivos, planes,...) de la organización y las necesidades y expectativas de los colaboradores del servicio: PS2_4, PS5_6, PS5_1. (D) Alineación entre la oferta de valor diferenciada del servicio y las necesidades y expectativas de los pacientes y sus acompañantes: PPS3_4, PPS3_3. (E) Procesos de implicación de los grupos de interés (pacientes, acompañantes, proveedores, colaboradores y resto de sociedad), en la construcción, despliegue y mejoramiento de la estrategia de la organización: LS3_7, LS3_8, LS3_10, LS3_11, PS1_3, PS5_9 (F) Sistema de evaluación del desempeño del servicio frente a colaboradores, acompañantes de pacientes, sociedad e instituciones nacionales e internacionales: PPS3_11, LS2_3, LS2_8, LS2_16, PS2_5, ES2_6, ES4_3. (G) Conocimiento de las necesidades y expectativas de los colaboradores, acompañantes, pacientes y resto de la sociedad (vecinos, comunidad, autoridades, instituciones

educativas): PS4_1, ES1_2, ES1_7. (H) Impulso al mejoramiento de la gestión del talento humano del servicio: PS1_4, PS1_8, PS2_2, PS3_5. (I) Creación de ventajas competitiva: LS5_5.

En la [tabla 6](#) se presenta la evaluación de las anteriores dimensiones en cada uno de los indicadores empleados, a fin de corroborar la criticidad de las mismas.

Tabla 6. Criticidad de las dimensiones

Dimensión	Nivel	PEAF	Brecha	Nro de ítems	Desviación
A	Moderado	3,18	36%	5	0,20
B	Avanzado	3,41	32%	4	0,01
C	Avanzado	3,51	30%	3	0,28
D	Moderado	3,20	36%	2	0,00
E	Moderado	2,92	42%	6	0,43
F	Moderado	2,81	44%	7	0,28
G	Moderado	3,39	32%	3	0,19
H	Avanzado	3,46	31%	4	0,07
I	Moderado	3,29	34%	1	N/A

Nótese, en la tabla anterior, que 6 de las 9 dimensiones no llegaron siquiera al nivel de excelencia en que se ubicó, de manera global, al servicio de hospitalización (avanzado); en su lugar, se ubicaron en un nivel inferior (moderado), con brechas superiores al 30%, llegando dos de ellas a superar el 40%. Los puntajes de las nueve dimensiones no superaron el 3,51. Se evidencia, entonces, que todas las dimensiones deducidas presentan un comportamiento notablemente desfavorable en comparación con los resultados globales estimados para el servicio. Ello, sumado a las leves variaciones en los puntajes de los ítems, al interior de cada dimensión, da solidez a la denominación de “dimensiones críticas”.

Profundizando en la estructura de dichas dimensiones y en las relaciones de estas con los agentes facilitadores EFQM, nótese (ver id de los ítems) que la mayoría de las dimensiones no se enmarcan en un solo criterio de agentes facilitadores, sino que involucran aspectos de varios de ellos, lo cual es de esperarse si se considera la complejidad en la toma de decisiones gerenciales y en las interrelaciones entre los componentes de un sistema empresarial. Ello advierte, por ejemplo, sobre la necesidad de emplear visiones holísticas, que trasciendan el enfoque en “pastillas individuales”, las cuales comúnmente llevan a soluciones “apaga incendios”, propias del arquetipo “soluciones contraproducentes” [18].

Puntos de apalancamiento: El diagrama causal que resultó del análisis sistémico considerando las nueve dimensiones críticas fue construido generalizando hacia todos los grupos de interés de la entidad, en lugar de estratificar entre pacientes, acompañantes,

proveedores, sociedad, etc. Esto se hizo con el fin de mantener una visión más global de la firma. Del mismo modo, para facilitar la comprensión de la organización, fue preciso incorporar algunos elementos de apoyo, como son: cambios en las expectativas de los grupos de interés, inversiones en AF, recursos disponibles, demanda de recursos, y acciones que drenan recursos. El diagrama causal se presenta en la [figura 3](#), y tiene como punto de apalancamiento la dimensión “impulso al mejoramiento de la gestión de los grupos de interés” (H), a través de su impacto directo en dos dimensiones más: comunicación de la estrategia a dichos grupos (B) y constancia en la evaluación del desempeño del servicio frente a los mismos (F).

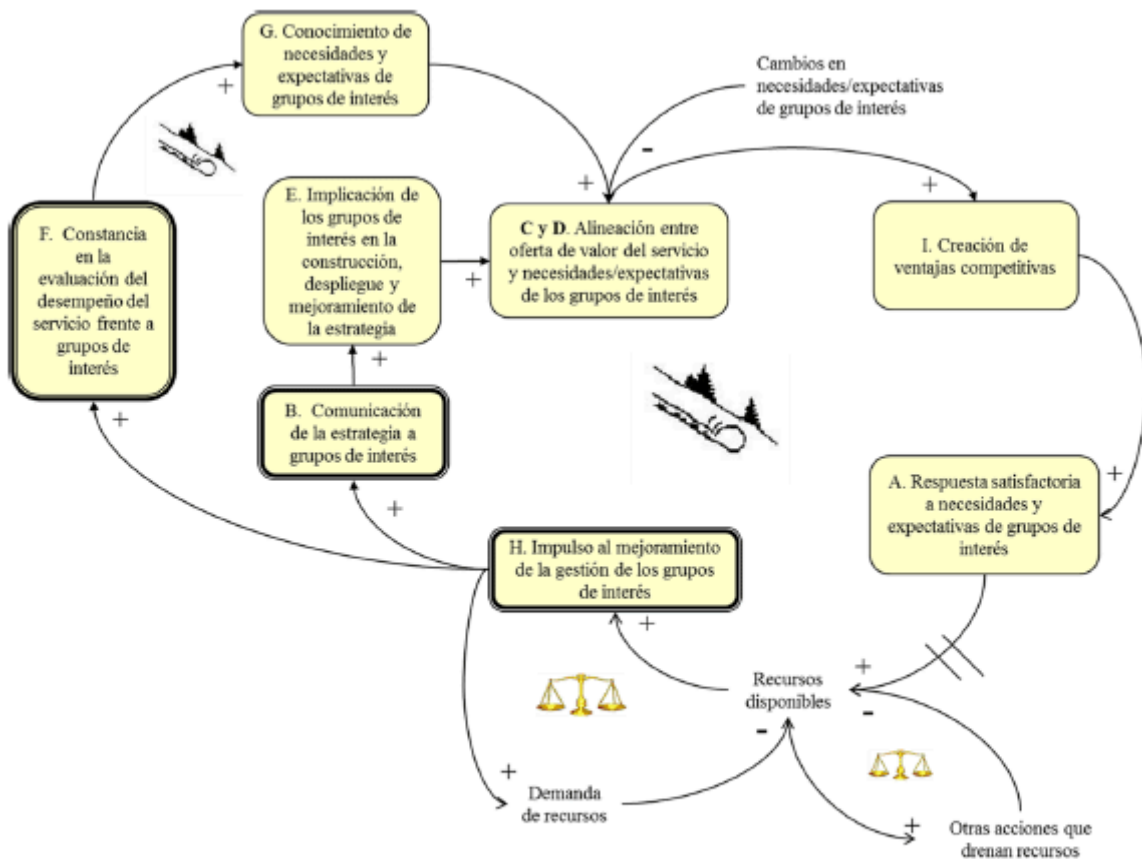


Figura 3. Diagrama causal del servicio incorporando las nueve dimensiones críticas.

5. DISCUSIÓN

La discusión de los resultados gira en torno al producto final de la metodología: el punto de apalancamiento propuesto para mejorar la gestión de la excelencia de los AF en el servicio objeto de estudio. En ese sentido, haciendo referencia al diagrama causal ([figura 3](#)), se inicia el análisis partiendo de aceptar los constantes cambios que genera el entorno (desarrollo tecnológico, competencia, etc.) en las expectativas de los grupos de interés. Ello, a su vez, lleva a que la alineación entre la oferta de valor del servicio de hospitalización y dichas expectativas (D) varíe constantemente. Es por ello que las organizaciones, en este caso el servicio de hospitalización, puede verse tentado a tomar parte de sus recursos disponibles para destinarlos a lograr mayor alineación entre estos dos elementos. Es así que, bajo las dimensiones críticas del servicio, se identificó que las acciones de mejora a favor de dicha alineación, deberían hacerse a través del impulso al mejoramiento de la gestión de los grupos de interés (H), impactando a través de dos

vías: la comunicación de la estrategia (B) y la constancia en la evaluación del desempeño (F).

Siguiendo el ciclo de la “comunicación de la estrategia a colaboradores, acompañantes de pacientes, proveedores y usuarios corporativos” (B), en la medida en que esto se dé, y teniendo presente los principios y objetivos de los agentes facilitadores EFQM [1], se espera que aumenten las posibilidades de que los grupos de interés, a través de la retroalimentación (de diversas maneras), se impliquen en la construcción, despliegue y mejoramiento de la estrategia del servicio (E), llevando, así, a una mayor alineación entre estrategia/oferta de valor y necesidades/expectativas de los grupos de interés (D). Asimismo, esta última dimensión (D) también puede verse mejorada, en la medida en que la institución emplee mecanismos para tener mayor conocimiento de las expectativas de los grupos de interés (G), siendo uno de estos mecanismos la constancia en la evaluación del desempeño del servicio frente a pacientes, acompañantes, colaboradores, accionistas, proveedores y comunidad donde opera (F).

Ahora bien, considerando una mayor alineación entre oferta de valor del servicio y expectativas de las caras del sistema, se supone una mayor creación de ventajas competitivas (I). Esto último debido a que dicha alineación puede llevar a modificaciones favorables, a la luz de los pacientes, acompañantes, colaboradores, etc., respecto a características como: orientación al cliente, costo diferenciado, velocidad en atención, confianza, confort, responsabilidad social, servicio postventa, amabilidad en la atención, profesionalismo, oportunidades de desarrollo, entre muchas otras. De darse ello, se posibilita la emisión de más respuestas satisfactorias a las expectativas de los grupos de interés (A).

Igualmente, de tenerse cada vez más respuestas satisfactorias a estos grupos, a mediano o largo plazo se esperaría un incremento en los recursos disponibles (dinero, tecnología, talento humano, conocimiento, etc.), por motivos de incremento de demanda (pacientes y acompañantes), mayor compromiso de los colaboradores para aumentar la calidad de los servicios y reducir los costos, gastos y tiempos de respuesta, mejores niveles de calidad, tiempo de entrega y postventa en los materiales e insumos (proveedores), más utilidades y satisfacción de accionistas que llevan a mejores oportunidades de inversiones y créditos, mejor reputación entre la comunidad donde opera (apoyo de instituciones aliadas, gobierno, universidades), entre otros.

El ilustrado incremento en los recursos disponibles y los innegables cambios constantes del entorno, motivan, de nuevo, la inversión en acciones de mejora de la gestión de los grupos de interés (H), entre otras, no solo mediante dinero de la misma institución, sino también como resultado de proyectos generados por universidades aliadas u otros de los grupos de interés. Esto, posiblemente, repercuta en una mayor alineación entre la oferta de valor del servicio y las expectativas (D), iniciando una vez más los ciclos tipo bola de nieve, que contiene la [figura 3](#).

A pesar de lo anterior, si en el mundo organizacional los recursos disponibles solo fuesen impactados por las dimensiones críticas ([figura 3](#)), dichos recursos crecerían indefinidamente; pero esto no es así, pues existen diversos elementos que los drenan. Uno de ellos, son las mismas inversiones en acciones de mejora, las cuales repercuten en proyectos, tareas, funciones, etc., que demandan el uso de recursos disponibles: talento humano, dinero, equipos, tecnología, conocimiento, entre otros. Ello se representa en la [figura 3](#) por medio del ciclo compensador (balanza), que no permite que los recursos disponibles crezcan o se reduzcan indefinidamente, dando lugar al arquetipo de “límites de crecimiento” [18].

La estructura expuesta en la [figura 3](#), permite una mejor comprensión del funcionamiento del servicio de hospitalización respecto a los hallazgos identificados en los agentes facilitadores EFQM, considerando la complejidad inmersa en este tipo de servicio y en la institución en general. Los postulados que sirvieron de base para la hipótesis dinámica que subyace en cada relación causal, provienen de teorías de

excelencia empresarial sobre los agentes facilitadores, los cuales se interpretan como vehículos para obtener resultados destacados en los grupos de interés. Igualmente, se apoyan en teorías de desarrollo organizacional, relacionadas con la gestión del talento humano, la administración por valores, la estrategia construida mediante la implicación de grupos de interés, y la comunicación y participación activa de estos en las decisiones y mejoramiento de las organizaciones. Sobre ello, aparte de citar la fuente referente de excelencia (EFQM, 2010) [1], vale nombrar, entre otras, obras como: [18-22].

6. CONCLUSIONES

La metodología empleada permitió que, en lugar de recomendarle a la institución que se enfoque en los 35 ítems que resultaron con menor puntaje, se adoptase una mirada más holística, considerando la necesidad de invertir los recursos en las zonas que potencien el impacto global de la firma a través del tiempo. En esta mirada, el estudio no se limitó a una componente analítica e independiente, sino que se identificaron posibles relaciones causales, bajo hipótesis dinámicas soportadas por teorías de excelencia y de gestión organizacional, que llaman la atención sobre la pertinencia e impacto del desarrollo de las personas, de la visión de totalidades hacia los grupos de interés y de la comunicación asertiva, entre otras. Todo ello llevó a identificar nueve dimensiones críticas del servicio, dando lugar a la priorización bajo un punto de apalancamiento que impacta directamente dos dimensiones y, a través de ellas, a las demás.

Con base en la estructura sistémica identificada para el servicio, el punto de apalancamiento propuesto para potenciar el mejoramiento del servicio se basa, en términos generales, en que la institución invierta en impulsar el mejoramiento de la gestión de todos los grupos de interés mediante el impacto directo en dos dimensiones (B y F).

Atendiendo dicho punto de apalancamiento, se propone que la organización considere el diseño e implementación de un macro-proceso de “impulso al mejoramiento de la gestión de los grupos de interés”, que contenga un sistema de evaluación del desempeño del servicio frente a pacientes, acompañantes de pacientes, sociedad, colaboradores, proveedores, usuarios corporativos, e instituciones referentes, lo cual llevaría a recolectar periódicamente insumos (datos y hechos) para alimentar la definición de estrategias, planes, políticas y sus despliegues. Asimismo, es preciso que el macroproceso propuesto considere una efectiva componente de comunicación con los grupos de interés, de modo que se les comparta la información relevante sobre las estrategias formuladas y los resultados obtenidos, y se les permita ser escuchados mediante variedad de mecanismos, incluyendo los empleados por el mismo sistema de evaluación (cuestionarios, buzones, página web, etc.). Todo lo anterior, se espera que posibilite una mayor alineación del servicio con las expectativas de las partes interesadas, para impactar la creación de ventajas competitivas y el incremento de recursos, entendiéndose éstos no solo en su dimensión monetaria, sino también, como inductores para la búsqueda de la excelencia: aliados, conocimiento, infraestructura, saber hacer de la organización, dinero, etc. La incorporación del macroproceso propuesto, dentro del operar de la institución, amerita por parte de ésta la planeación y diseño del mismo, definiendo, entre otros: mapa de procesos, manual de funciones, descripción de los procesos, líderes, recursos necesarios, actividades específicas, mecanismos de apoyo y necesidades de capacitación.

7. REFERENCIAS

1. European Foundation for Quality Management (2010). El Modelo EFQM de Excelencia 2010. EFQM Publications.
2. Dodangeh, J., Yusuff, R. y Jassbi, J. (2011). Assessment system based on fuzzy scoring in European Foundation for Quality Management (EFQM) business excellence model. African Journal of Bussiness Management. Vol. 5, No. 15, pp. 6209-6220.

3. Dodangeh, J. y Yusuff, R. (2011). A decision model for selecting of Areas for Improvement in EFQM model. IEEE International Conference on Quality and Reliability (ICQR), 14-17 Septiembre.
4. Ferrandiz, J. Lorenzo, S., Navarro, C., Alguacil, A., Morón, J. y Pardo, A. (2010). Utilización de los ejes transversales del modelo EFQM en el ámbito sanitario público. Revista de Calidad Asistencial. Vol. 25, No. 3, pp. 120-128.
5. Jackson, S. (1999). Exploring the possible reasons why UK Government commended the EFQM excellence model as the framework for delivering governance in the new NHS. International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol. 12, No. 6, pp. 244-253.
6. Holland, K. y Fennell, S. (2000). Clinical governance is "ACE"- using the EFQM excellence model to support baseline assessment. International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol. 13, No. 4, pp. 170-176.
7. Nabitz, U., Klazinga, N. y Walburg, J. (2000). The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. International Journal for Quality in Health Care. Vol. 12, No. 7, pp. 191-201.
8. Stewart, A. (2003). An investigation of the suitability of the EFQM Excellence Model for a pharmacy department within an NHS Trust. International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol. 16, No. 2, pp. 65-76.
9. Vallejo, P., Saura, R., Sunol, R. Kazandjian, V., Ureña, V. y Mauri, J. (2006). A proposed adaptation of the EFQM fundamental concepts of excellence to health care based on the PATH framework. International Journal for Quality in Health Care. Vol. 18, No. 5, pp. 327-335.
10. Moeller, J. (2001). The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in health care. International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol. 13, No. 1, pp. 45-49.
11. Vernerero, S., Nabitz, U., Bragonzi, G., Rebelli, A. y Molinari, R. (2007). A two-level EFQM self-assessment in an Italian Hospital. International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol. 20, No. 3, pp. 215-231.
12. Vakani, F., Fatmi, Z. y Naqvi, K. (2011). Threelevel quality assesment of a dental hospital using EFQM. International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol. 24, No. 8, pp. 582-591.
13. Tan, K., Wong, M., Mehta, T. y Khoo, H. (2003). Factors affecting the development of national quality awards. Measuring Business Excellence. Vol. 7, No. 3, pp. 37-45.
14. Sharma, A. y Talwar, B (2007). Evolution of "Universal Business Excellence Model" incorporating Vedic philosophy. Measuring Business Excellence. Vol. 11, No. 3, pp. 4-20.
15. Talwar, B. (2009). Comparative study of core values of excellence models vis-à-vis human values. Measuring Business Excellence. Vol. 13, No. 4, pp. 34-46.
16. Pérez, J., La Rotta, D., Restrepo, G., Villa M y Zapata, P. (2013). Modelo de cuantificación del nivel de excelencia de los agentes facilitadores EFQM y su aplicación en un servicio de hospitalización.
17. Pérez, J. y Parra, C. (2006). Evaluación y análisis de la calidad de un servicio de apoyo desde la perspectiva del usuario: primer paso hacia la confiabilidad. Industrial Data, Vol. 10, No.1, pp. 70-79.
18. Senge, P. (1998). La quinta disciplina: El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. Ed. Granica, Buenos Aires, Argentina.

19. Blanchard, K., y O' Connor, M. (1997). Administración por valores. Editorial Norma. Bogotá, Colombia.
20. Blanchard, K., Lacinack, T., Tompinks, C, y Ballard, J. (2002). Bien hecho. Editorial Norma. Bogotá, Colombia.
21. Biasca, R., Rodríguez, M. y Andriani, C. (2003). “Un Nuevo Sistema de Gestión para lograr PYMES de Clase Mundial”. Ed. Norma. pp. xvii.
22. Pérez, (2012). Mejoramiento paso a paso en la pyme manufacturera ¿Cómo iniciar al personal operativo?, 1ra Ed. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín.