



# Guía de Autoevaluación en Atención Primaria

Cuestionario adaptado para la  
aplicación del modelo Europeo de  
Excelencia



# Guía de autoevaluación en Atención Primaria

(Cuestionario adaptado para la aplicación del modelo Europeo de Excelencia)

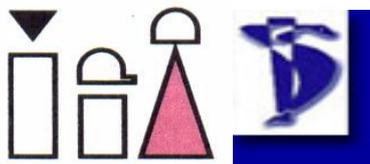
*Conócete a ti mismo y serás invencible*

*(Sun Tzu, 369-280 a.C.)*

**DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA**  
Dirección Técnica de Atención Primaria  
Servicio de Programas Asistenciales

**DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO SANITARIO**  
Servicio de Inspección

**DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN SOCIOSANITARIA**  
Servicio de Calidad



**SOCIEDAD CASTELLANO Y LEONESA DE MEDICINA FAMILIAR Y  
COMUNITARIA**

**SEMERGEN**

## GRUPO DE TRABAJO PARA LA ADAPTACIÓN DEL MODELO EFQM EN ATENCIÓN PRIMARIA

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Barros Zarzuela, Miguel A.....  | Responsable de Calidad, Centro de Salud<br>"Belorado" (Burgos)   |
| Ferrandiz Santos, Juan.....     | Responsable Unidad de Calidad, Técnico de salud,<br>Área 11 (Instituto Madrileño de la Salud)  |
| García Ortiz, Luis.....         | Coordinador E.A.P. "La Alamedilla", Salamanca  |
| García Prieto, Eduardo.....     | Director Técnico de Atención Primaria. Dirección<br>General de Asistencia Sanitaria (SACYL)  |
| González Hierro, Miguel .....   | Inspector Médico, Gerencia de Salud de Área<br>(Salamanca)   |
| Guerrero Fonseca, Javier.....   | Servicio de Prevención, Hospital Nuestra Sra. del<br>Prado, Área Sanitaria de Talavera de la Reina,<br>Servicio de Salud de Castilla la Mancha |
| Jurado Balbuena, Juan J.....    | Director de Enfermería, Área 6<br>(Instituto Madrileño de la Salud)  |
| Maderuelo Fernández, Ángel..... | Técnico de Salud, G.A.P. de Salamanca  |
| Martín Acera, Santiago .....    | Servicio de Planificación Sociosanitaria, Dirección<br>General de Planificación Sociosanitaria.<br>Junta de Castilla y León                    |
| Otero Rodríguez, Antonio.....   | Coordinador E.A.P. "Gamazo", Valladolid Oeste  |
| Pariente Rodrigo, Emilio.....   | Responsable de Calidad, Servicio Cántabro de<br>Salud  |
| Ramos Barrón, Carmen.....       | Responsable de Docencia y Calidad. G.A.P.<br>Torrelavega-Reinosa. (Servicio Cántabro de Salud)   |
| Rodríguez Balo, Alberto .....   | Coordinador de Equipos, G.A.P. Área 11 (Madrid)  |
| Rodríguez Escobar, José .....   | Director de Enfermería, G.A.P. Área 9 (Madrid)   |
| Ruiz de Adana, Ricardo.....     | Jefe de Estudios. Agencia Laín Entralgo para la<br>Formación y la Investigación. Comunidad de<br>Madrid.                                       |
| Torre Pardo, Paz de la.....     | Técnico, Dirección Técnica de Atención<br>Especializada (SACYL)  |
| Coordina:<br>Lleras Muñoz, Siro | Servicio de Programas Asistenciales, Dirección<br>General de Asistencia Sanitaria (SACYL)  |

# Presentación

La mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, por su repercusión en el bienestar de familias y ciudadanos, constituye uno de los objetivos prioritarios de la Junta de Castilla y León.

El gobierno regional ha venido promoviendo medidas de mejora de la calidad en todos sus servicios a través de Planes Marco impulsados de forma corporativa. En el ámbito sanitario éstos se han plasmado, entre otros, en el *Programa Departamental de Mejora y Calidad de los Servicios* de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social y de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

A este respecto me congratula señalar que, con la publicación de esta *Guía de Autoevaluación en Atención Primaria*, se da cumplimiento a una de las medidas previstas en el citado Programa Departamental. En él, sin perjuicio de tener cabida otras fórmulas también interesantes, se ha adoptado fundamentalmente el Modelo Europeo de Excelencia (EFQM).

Quiero aprovechar estas líneas para trasladar a cuantos profesionales y órganos administrativos han participado en la elaboración de la presente Guía mi agradecimiento por el trabajo realizado y mi felicitación por su adaptación de este modelo a las peculiaridades de la Atención Primaria de Salud. Un nivel asistencial que, a mi juicio, no es sólo la puerta de entrada, sino también la auténtica base de un desempeño eficiente y equitativo por parte de nuestro Sistema de Salud.

La publicación de esta Guía ha de considerarse, pues, parte de un camino que deberá ser andado sin pausa y con el compromiso de autoridades, directivos, gestores y profesionales sanitarios: el camino que conduce a favorecer la participación e identificación de los recursos humanos con la organización, a consolidar la legitimación social de los servicios asistenciales y a ofrecer, en definitiva, a cada ciudadano de Castilla y León, prestaciones sanitarias cada día de mayor calidad.

CÉSAR ANTÓN BELTRÁN

Consejero de Sanidad

## SUMARIO

### Introducción

1. **El Modelo Europeo de Excelencia:**
  - Fundamentos
  - Contenidos
  - Estructura general: criterios del modelo
2. **La aplicación del Modelo en las organizaciones sanitarias:**
  - Evolución del concepto de calidad: del nivel operativo al nivel estratégico
  - Qué aporta el Modelo EFQM a las organizaciones sanitarias
3. **Adaptación del Modelo EFQM en atención primaria:**
  - Criterios y Subcriterios del Cuestionario Adaptado
  - Aclaraciones a los Criterios
4. **El Cuestionario Adaptado**
  - Procedimiento para la valoración de los Subcriterios y la identificación de acciones de mejora
5. **Recomendaciones para la aplicación del Modelo en AP:**
  - Fases preparatorias
  - Realización de la Autoevaluación
  - Manejo de la información resultante de la Autoevaluación: El Plan de Mejora
  - Validación e integración en el Plan de Gestión
6. **Las preguntas más frecuentes**

Anexo: Glosario de términos

Bibliografía

## INTRODUCCIÓN

*"Un mercader de alfombras vio que su alfombra más bella tenía un bulto en el centro. Se plantó sobre el bulto para achatarlo, y lo consiguió. Pero el bulto reapareció en otra parte. Saltó de nuevo sobre él, y desapareció momentáneamente para reaparecer en otra parte. El mercader saltó una y otra vez, restregando y estropeando la alfombra en su frustración; hasta que al final alzó una esquina de la alfombra y vio salir una malhumorada serpiente"*

Una de las formas más frecuentes de abordar los problemas complejos, es "desplazarlos", en el tiempo o en el espacio, a otras partes del sistema, de manera que, con frecuencia, los problemas de hoy derivan de "soluciones" del pasado, adoptadas a menudo por otras personas.

En este documento se pretende acercar los conceptos más relevantes de la gestión de la calidad total a los profesionales y al personal que trabaja en los centros de salud. Se utiliza, para ello, un modelo muy extendido en las organizaciones: el modelo europeo de excelencia. Se ha pretendido utilizar un lenguaje asequible y sencillo, tratando de facilitar la comprensión de los conceptos y organizando el documento de modo que pueda servir de guía para su aplicación, ya sea en centros de salud o en áreas sanitarias.

Las experiencias de aplicación del modelo en nuestro sector, con alguna excepción, se han limitado a trasladar la estructura original a cada organización (Hospitales, áreas de salud). El resultado, en el mejor de los casos, ha sido la coexistencia de unidades o centros de élite, junto con otros centros que ni siquiera se han planteado su utilización.

En otras experiencias<sup>1</sup> se ha realizado un esfuerzo previo de adaptación, que en este documento hemos valorado y tenido en cuenta, pero dejando todavía un amplio margen para que cada unidad/centro priorice o defina los subcriterios y/o las áreas de interés que se adecue mejor a sus necesidades. Esta estrategia, que está en línea con la filosofía del modelo, no facilita sin embargo su utilización a

---

<sup>1</sup> Guía para la autoevaluación de organizaciones sanitarias (Utilizando como referencia el modelo de excelencia 2000 de la EFQM) *Versión simplificada*. Osakidetza. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Calidad Asistencial.

gran escala, puesto que exige una cierta madurez<sup>2</sup> de la organización y un cierto nivel en el conocimiento del modelo.

Por ello, en este documento hemos pretendido construir un cuestionario asequible y adaptado al entorno de la Atención Primaria, para lo cual se ha procedido a:

- 1) Aclarar o "traducir" las áreas de interés del documento original al contexto de un centro de salud o área sanitaria.
- 2) Replantear tanto las áreas de interés como los diferentes subcriterios en función de su relevancia para el entorno en que van a ser aplicados.
- 3) Proponer recomendaciones que faciliten su aplicación en cualquier unidad / centro, con el único requisito de que sea aceptado por los profesionales y gestores y con una formación adecuada en los principios de la gestión de la calidad total.

El documento se organiza en seis apartados:

- En el primero se explican, de forma resumida, sus fundamentos y contenidos, describiéndose la estructura del modelo en su versión más actualizada.
- En el segundo apartado se analiza la aplicación del Modelo Europeo en las organizaciones sanitarias.
- El tercer apartado versa sobre el trabajo de adaptación del modelo realizado por el grupo de expertos de atención primaria.
- El cuarto apartado incluye el cuestionario adaptado, herramienta que se propone para su aplicación y que constituye la parte central del documento.
- El quinto apartado realiza una serie de recomendaciones para su aplicación en Atención Primaria, fase en la que resultan decisivos tanto el método que se utilice como el conocimiento de la historia y de la cultura de la propia organización.
- En el sexto y último apartado se intenta dar respuesta a las preguntas que se suscitan en la aplicación del modelo en la práctica, extraídas de una experiencia real.

Conviene tener presentes en todo momento varias observaciones preliminares:

---

<sup>2</sup> Aún cuando ésta siempre es deseable, las propuestas de autoevaluación basadas en formularios o "pro forma" son más exigentes y requieren a menudo asesoría externa para su aplicación.

- 1) En primer lugar, el trabajo que se presenta constituye una propuesta, fruto de un desarrollo teórico, que debe ser contrastada y mejorada en la medida en que se aplique en diferentes ámbitos.
- 2) En segundo lugar, hemos de resaltar que el objetivo de la adaptación del modelo para su aplicación en atención primaria es el de identificar áreas de mejora en la organización como fase previa para la realización de Planes de Mejora, dentro de la filosofía de la Gestión de la Calidad Total. Otros objetivos del modelo requieren igualmente otros enfoques y posiblemente otros métodos de aplicación.
- 3) Se ha pretendido facilitar en todo momento su aplicación e implantación en un centro de salud o en un área sin que para ello sea necesario recurrir a extensos y complejos programas de formación o consultoría. No obstante, resulta imprescindible una cierta asesoría inicial y, sobre todo, una formación adecuada, sin la cual se produciría un bloqueo en las fases iniciales e incluso podría tener efectos contraproducentes o impredecibles.
- 4) La aplicación del modelo europeo de excelencia es totalmente compatible con otras herramientas, que se centran o profundizan en ciertos elementos del sistema de gestión de la calidad de la organización (gestión de procesos) o se orientan a estrategias de acreditación o certificación (Joint Comission, ISO 9002, etc.).

*El factor decisivo para su aplicación con éxito es, como en tantas otras ocasiones, la actitud de los profesionales y especialmente de los directivos: el modelo aporta instrumentos y enfoques, pero para ello se requiere una actitud abierta, crítica, inquisitiva, que empiece por asumir la propia responsabilidad y no trate de encubrir o desplazar los problemas de calidad, como en el cuento del mercader.*

## 1. EL MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA: FUNDAMENTOS, CONTENIDOS Y ESTRUCTURA GENERAL

*Otra historia sufí se refiere a tres ciegos que se encuentran con un elefante. "Es una cosa grande y áspera, ancha y extensa como una alfombra", dijo el primero, cogiendo una oreja. El segundo, cogiendo la trompa, exclamó: "Yo tengo la verdad. Es un tubo recto y hueco". Y el tercero, cogiendo una pata delantera, señaló: "Es poderoso y firme como una columna". La historia sufí termina con esta conclusión: "Dado el modo de conocer de estos hombres, jamás conocerán un elefante".*

### □ FUNDAMENTOS:

La aparición del Premio Europeo a la Excelencia (y el Modelo que lo sustenta) a finales de los 80 fue la respuesta que dieron las empresas europeas frente a los avances de las grandes corporaciones orientales, que habían conseguido posiciones enormemente sólidas en mercados muy diversos. Algo similar había ocurrido en EE.UU. pocos años antes, con la institución del Premio Malcolm Baldrige, auspiciado por la Cámara de Comercio, y apoyado en un modelo similar al Modelo Europeo.

El Modelo Europeo es conocido asimismo como Modelo EFQM (*European Foundation for Quality Management*). La EFQM es una organización sin ánimo de lucro, que cuenta actualmente con más de 900 empresas asociadas, grandes y PYMES, de productos y de servicios, del ámbito privado y del sector público, que tiene el objetivo de promover las mejores prácticas empresariales -el Modelo de Excelencia- como factor de diferenciación y competitividad, aportando beneficio a la sociedad en su conjunto.

La filosofía del Modelo EFQM de Excelencia se basa en los principios de la GCT (*Gestión de la Calidad Total*), también denominados conceptos fundamentales de la excelencia y que pueden ser considerados como el compendio de las “mejores prácticas” en el ámbito de la gestión de organizaciones. Estos conceptos, que se describen brevemente en la tabla 1 son:

- Orientación hacia los resultados
- Orientación al cliente
- Liderazgo y constancia en los objetivos
- Gestión por procesos y hechos
- Desarrollo e implicación de las personas
- Aprendizaje, Innovación y Mejora continuos
- Desarrollo de Alianzas
- Responsabilidad social

Las propias empresas asociadas revisan y mejoran periódicamente el Modelo, el cual perfila cómo debe ser y actuar una empresa que tenga la calidad por compromiso.

El Modelo Europeo de Excelencia dice lo siguiente:

La satisfacción del Cliente,  
La satisfacción del Personal y  
La aceptación social

Se consiguen mediante:

Liderazgo  
Política y estrategia  
Gestión de las Personas  
Gestión de los Recursos y Alianzas  
Gestión de los Procesos

Lo cual debe producir unos excelentes:

Resultados de la organización

Tabla 1. Conceptos fundamentales de la Excelencia.

| Concepto                                      | Descripción  |
|---|--|
| 1. Orientación hacia los resultados           | La excelencia depende del equilibrio y la satisfacción de las necesidades de todos los grupos de interés relevantes para la organización (las personas que trabajan en ella, los clientes, proveedores y la sociedad en general, así como todos los que tienen intereses económicos en la organización).                                 |
| 2. Orientación al cliente                     | El cliente es el árbitro final de la calidad del producto y del servicio, así como de la fidelidad del cliente. El mejor modo de optimizar la fidelidad y retención del cliente y el incremento de la cuota de mercado es mediante una orientación clara hacia las necesidades de los clientes actuales y potenciales.                   |
| 3. Liderazgo y constancia en los objetivos    | El comportamiento de los líderes de una organización suscita en ella claridad y unidad en los objetivos, así como un entorno que permite a la organización y las personas que la integran alcanzar la excelencia.  |
| 4. Gestión por procesos y hechos              | Las organizaciones actúan de manera más efectiva cuando todas sus actividades interrelacionadas se comprenden y gestionan de manera sistemática, y las decisiones relativas a las operaciones en vigor y las mejoras planificadas se adoptan a partir de información fiable que incluye las percepciones de todos sus grupos de interés. |
| 5. Desarrollo e implicación de las personas   | <b>El potencial de cada una de las personas de la organización aflora mejor porque existen valores compartidos y una cultura de confianza y asunción de responsabilidades que fomentan la implicación de todos.</b>  |
| 6. Aprendizaje, Innovación y Mejora continuos | <b>Las organizaciones alcanzan su máximo rendimiento cuando gestionan y comparten su conocimiento dentro de una cultura general de aprendizaje, innovación y mejora continuos.</b>   |
| 7. Desarrollo de Alianzas                     | La organización trabaja de un modo más efectivo cuando establece con sus partners unas relaciones mutuamente beneficiosas basadas en la confianza, en compartir el conocimiento y en la integración.   |
| 8. Responsabilidad Social                     | El mejor modo de servir a los intereses a largo plazo de la organización y las personas que la integran es adoptar un enfoque ético, superando las expectativas y la normativa de la comunidad en su conjunto.   |

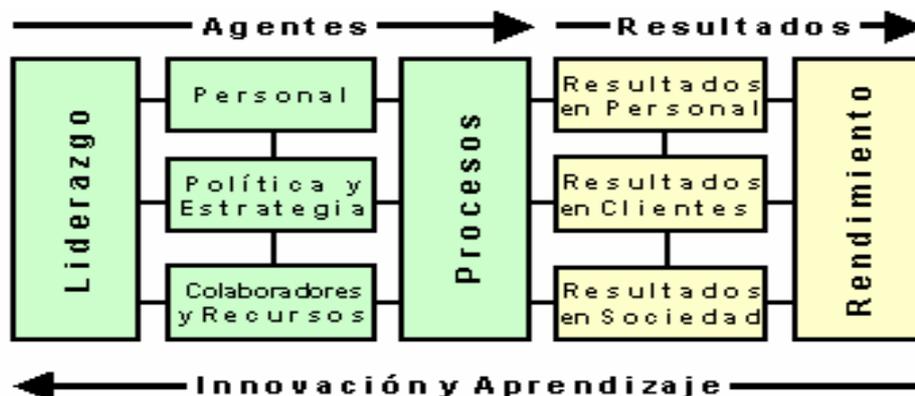
Fuente: European Foundation Quality Management. Ocho Fundamentos de la Excelencia. Los Conceptos fundamentales y sus beneficios. Disponible en: <http://www.efqm.org>.

**¿EN QUÉ CONSISTE LA EVALUACIÓN SEGÚN EL MODELO EUROPEO?**

Es un examen global, sistemático y regular de las actividades y resultados de una organización comparados con un modelo de excelencia empresarial, el Modelo de la *European Foundation for Quality Management (EFQM)*

Permite a las organizaciones distinguir claramente sus puntos fuertes de las áreas de mejora, y culmina en acciones de mejora planificadas y en el seguimiento del progreso realizado.

□ **CONTENIDOS:**



El contenido del Modelo es el contenido de los 9 criterios de los que se compone. Los 9 criterios se agrupan en criterios de agentes y criterios de resultados:

- **Criterios de agentes:**
  - Criterio 1: Liderazgo,
  - Criterio 2: Política y Estrategia
  - Criterio 3: Gestión de las Personas
  - Criterio 4: Alianzas y Recursos

## Criterio 5: Gestión de los Procesos

### □ Criterios de resultados:

- Criterio 6: Resultados en Clientes
- Criterio 7: Resultados en las Personas
- Criterio 8: Resultados en la Sociedad
- Criterio 9: Resultados clave

Los 9 criterios se van desdoblado a su vez en subcriterios, ofreciendo de esta forma un conjunto exhaustivo de buenas prácticas. La empresa que adopta el Modelo se comparará frente a ellas. El análisis será pormenorizado, cubriéndose todos los aspectos de la empresa que tienen repercusión directa o indirecta sobre la calidad.

Como consecuencia de la autoevaluación, el Modelo esbozará una serie de áreas de progreso, pero no señala prioridades. Qué es lo que hay que hacer y en qué orden es decisión de cada organización.

Esta identificación de áreas de mejora es el objetivo fundamental del modelo EFQM, en nuestra propuesta de adaptación, aún cuando se pueda opcionalmente proceder a la puntuación. Para ello, cada criterio tiene su peso ponderado en el Modelo. La puntuación global máxima es 1000, repartiendo 500 para los agentes y 500 para los resultados. Las organizaciones con tradición en gestión de Calidad y buenos resultados empresariales suelen estar en torno a los 500 puntos.

#### *El Modelo aporta:*

- *Un análisis estructurado de todos los aspectos de una organización con repercusión sobre su calidad.*
- *Una reflexión realizada por los propios protagonistas.*
- *Una dinámica que identifica áreas de mejora, claras y reconocidas, y que genera energía para su superación.*

*Todo ello con un modelo de referencia asentado y reconocido, que permite comunicar fácilmente a los profesionales la necesidad de mejorar, los retos en los que se concreta la mejora y los avances que se logran.*

Las ventajas que aporta el modelo como instrumento de autoevaluación son las siguientes:

- Es un instrumento *genérico y muy flexible* de forma que puede ser utilizado en cualquier tipo de organización o empresa, independientemente del tamaño, sector de negocio, o carácter público o privado, y puede referirse tanto a la totalidad de la organización como a diferentes divisiones, unidades o servicios.

- Tiene un carácter *no prescriptivo*, en el sentido de que la aplicación del modelo no dicta lo que hay que hacer sino que debe ser cada unidad la que decida las acciones a emprender, reconociendo que las propias características y singularidades de cada organización pueden determinar el camino a seguir para mejorar la eficiencia de una organización.

- La ventaja que aporta la utilización del modelo como instrumento de identificación de oportunidades de mejora es que la autoevaluación que propone tiene un *carácter sistemático, periódico y altamente estructurado*, de forma que se revisan de una forma lógica y ordenada todos los aspectos críticos de una organización que pueden tener influencia en la calidad, representados por los 9 criterios y 32 subcriterios en los que está estructurado el modelo. La atención se dirige a la globalidad de la organización siendo más enriquecedora, realista y eficiente que los abordajes que se dirigen a aspectos concretos o parciales.

- La incorporación del aprendizaje adquirido tras la evaluación en desarrollo de planes de mejora, confieren al modelo un *carácter dinámico* que posibilita adaptarse a las necesidades cambiantes de los clientes y de otros grupos de interés, a la disponibilidad de recursos y la detección y ajuste de deficiencias potenciales. De esta forma se supera el carácter estático que establece el aseguramiento de un determinado nivel de calidad. Este carácter dinámico se refleja en el esquema del modelo de forma que la innovación y aprendizaje actúan potenciando los agentes facilitadores dando lugar a una mejora de los resultados (figura 1).

Las características que se acaban de describir hacen que el Modelo EFQM de Excelencia sea considerado como un valioso *instrumento de ayuda a la gestión*, ya que la sistemática que incorpora redunda en una planificación más sólida, fundamentada y acorde con las necesidades de cada momento, facilitando la transformación de las organizaciones que los nuevos retos exigen.

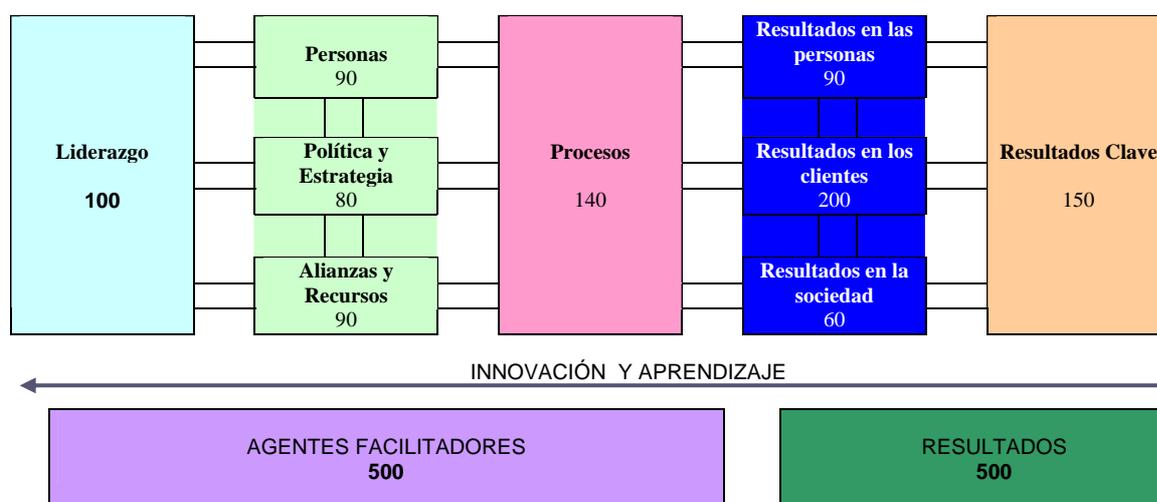
En resumen, Modelo EFQM como Modelo de Excelencia constituye:

- un enfoque riguroso y estructurado para la Mejora de la empresa.
- una evaluación basada en hechos.
- un instrumento para formar al personal de la organización en la manera de aplicar los principios de la Calidad Total.
- una forma de integrar distintas iniciativas de calidad, habitualmente no coordinadas.
- una potente herramienta de diagnóstico.
- una evaluación objetiva con respecto a un conjunto de criterios ampliamente aceptados en las empresas europeas.
- una metodología aplicable a todos los niveles, desde las unidades de negocio consideradas individualmente hasta la organización en su conjunto.
- una oportunidad para promover y compartir los mejores enfoques con otras áreas de la organización o, a mayor escala, con otras organizaciones de la misma o distinta naturaleza.
- Una filosofía de desarrollo de la organización basada en el aprendizaje y la autoevaluación
- Una visión global y sistemática de la organización

*El modelo europeo de excelencia nos enseña cómo visualizar y comprender organizaciones como realidades complejas y globales.  
Estamos acostumbrados, como los ciegos del cuento del elefante, a apreciar fragmentos de la realidad, singularidades, perdiendo de vista las interacciones, los procesos.  
Dividir un elefante en dos no produce dos elefantes, sino un desquicio.*

## □ ESTRUCTURA GENERAL: CRITERIOS DEL MODELO

Figura 1. Estructura del Modelo EFQM de Excelencia con el peso asignado a cada criterio para el cómputo de la puntuación total



Fuente: European Foundation Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Madrid: Club Gestión de la Calidad, 1999.

El Modelo EFQM de Excelencia (figura 1) está compuesto por nueve criterios diferenciándose claramente dos partes: el grupo formado por los llamados "Agentes Facilitadores" que se refieren a lo que hace la organización y cómo lo hace, y el grupo de criterios "Resultados" que dan cuenta de los logros obtenidos por la organización respecto a todos los grupos de interés (clientes, trabajadores, sociedad) y en relación a los objetivos globales. La premisa establecida por el modelo explica cómo los Agentes Facilitadores son los determinantes de los Resultados alcanzados. Como puede observarse, esta formulación no difiere de la clásica conceptualización de estructura, proceso y resultados propuesta por Donabedian y que resulta más familiar en los servicios sanitarios.

Se describen, a continuación, cada uno de los criterios del modelo y su significado.

### CRITERIO 1: LIDERAZGO.

Cómo los directivos y líderes, con su comportamiento y sus decisiones, se implican directamente, estimulan la gestión de la calidad en su ámbito de actuación, y desarrollan y facilitan la consecución de la Misión y Valores necesarios para alcanzar el éxito y mantenerlo.

Comprende lo que hacen los responsables del centro para:

- implicar a los profesionales con los objetivos de la organización, favorecer la participación de los profesionales,
- desarrollar la Misión y el propósito de la Unidad
- definir y desarrollar un sistema de gestión de la calidad,
- así como colaborar con instituciones y representantes profesionales y sociales, determinando igualmente la imagen de la organización.

### CRITERIO 2: POLÍTICA Y ESTRATEGIA.

Cómo la organización formula, desarrolla y revisa su planificación y estrategia, centradas en los clientes / usuarios y en el interés general, y las convierten en Planes y acciones concretos cuyos resultados sean medibles.

- Comprende lo que hace la organización para:  
**fijar los objetivos (anuales y estratégicos), identificar los procesos clave, asignar recursos y definir los niveles de responsabilidad y las funciones.**
- Comprende también **cómo se comunican los objetivos a los profesionales y se revisa periódicamente su efectividad.**

### CRITERIO 3: GESTIÓN DE LAS PERSONAS.

Cómo la organización enfoca la gestión, desarrollo y aprovechamiento del potencial del personal de la organización, individual y en su conjunto, dentro del marco establecido por el ordenamiento jurídico.

Comprende lo que hace la organización para:

- planificar las necesidades de personal, seleccionar, contratar y promocionar al personal,**
- formar y capacitar,**
- impulsar su participación en la organización,**
- comunicar los objetivos,**
- atender a las expectativas laborales y al entorno y métodos de trabajo y**
- los sistemas de reconocimiento en base al cumplimiento de objetivos.**

### CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.

Cómo la organización se responsabiliza de la planificación y el desarrollo de la cooperación (con otras organizaciones, con otras partes de la organización) y el aprovechamiento y conservación eficaces de sus recursos, de acuerdo con la regulación aplicable.

Comprende lo que hace la organización para la **planificación y gestión de los recursos**, en apoyo de la política y estrategia y para la mejora de los procesos, incluyendo:

- los edificios,
- equipamiento,
- recursos materiales,
- tecnología médica,
- sistema de información.

Comprende también los **acuerdos de cooperación con proveedores y aliados** para mejorar los servicios.

### CRITERIO 5: LOS PROCESOS.

Cómo la organización se implica en el diseño, gestión y mejora de los procesos, en apoyo de su planificación y estrategia, orientados a la satisfacción de los pacientes y demás grupos de interés y generando un creciente valor añadido.

Comprende:

- la **identificación de los procesos** asistenciales y no asistenciales,
- selecciona **indicadores y establece estándares**, define **responsables de los procesos**,
- **mejora los procesos teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los clientes**,
- **tiene en cuenta los servicios de atención al usuario y la coordinación entre diferentes unidades y niveles**.

### CRITERIO 6: RESULTADOS EN CLIENTES.

Cuáles son los logros relacionados con los usuarios y demás clientes externos, tales como otras organizaciones.

- Valora **lo que consigue la organización en relación a sus clientes**, teniendo en cuenta su opinión y los indicadores objetivos.
- Las mediciones incluirían: tiempos de espera, tiempos de consulta, accesibilidad telefónica, oferta horaria, gestión de reclamaciones, etc

#### CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

Cuáles son los logros relacionados con las personas que forman parte de la organización.

- Valora la **opinión y mide el grado de motivación y satisfacción de los profesionales.**
- Las medidas incluirían: nivel de participación en equipos de mejora y actividades de formación, absentismo, medidas del clima organizacional, etc

#### CRITERIO 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD.

Cuáles son los logros de la organización que impactan en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los grupos sociales de su ámbito de influencia y por la sociedad en general, que no sean consecuencia directa del cumplimiento de sus funciones.

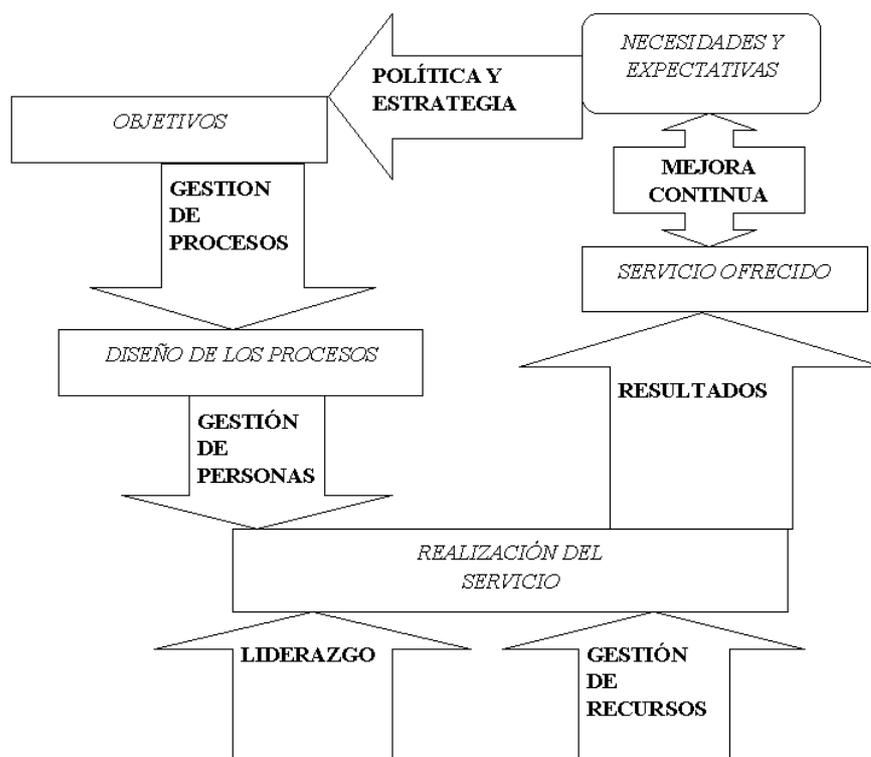
- Valora la **percepción y mide el impacto** del centro en la sociedad
- Las medidas incluyen: **nivel de participación en la comunidad, actividades como miembro de la comunidad, imagen de la organización, colaboración con organizaciones humanitarias, “conciencia social” (minusválidos, medio ambiente, etc.)**

**CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE.**

Cuáles son los logros de la organización en relación con los objetivos definidos en su planificación y estrategia.

- Valora los **resultados, tanto económicos como no económicos** y mide los indicadores del rendimiento de la organización.
- Las medidas incluyen: **cobertura** de los servicios prestados, cumplimiento de **criterios de calidad científico-técnica**, **indicadores de actividad**, **consumo de recursos**, **resultados intermedios**, etc.

Figura -2-: relación lógica entre los diferentes criterios del modelo:



## 2. LA APLICACIÓN DEL MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

*"En una versión moderna de una antigua historia sufí, un viandante encuentra a un borracho gateando bajo un farol callejero. Le ofrece ayuda y averigua que el borracho está buscando las llaves de la casa. Al cabo de unos minutos pregunta: "¿Dónde se le cayeron?" El borracho responde que se le cayeron frente a la puerta: "¿Entonces por qué las busca aquí?", pregunta el viandante. "Porque junto a mi puerta no hay luz", responde el borracho."*

### **Evolución del concepto de calidad en las organizaciones sanitarias: del nivel operativo al nivel estratégico.**

Las organizaciones sanitarias, desde hace tiempo, han tratado de introducir en sus sistemas mecanismos para garantizar los niveles de calidad de los servicios. Para ello se apoyan en una metodología que ha pasado por varias fases:

La primera denominación, control de calidad, surgió de la industria, y sus defensores lo compararon con el control de calidad industrial y las auditorías económicas al final del año. Nace el **audit médico**. Implica la revisión retroactiva de la calidad de la atención prestada frente a la preestablecida, utilizando las historias clínicas para reconstruir la atención prestada después de un episodio de tratamiento.

Las características de este enfoque eran las siguientes:

- Aplicado exclusivamente a la práctica médica
- Era responsabilidad del profesional
- Lo importante era detectar y corregir errores

Durante los años sesenta, y como consecuencia de los recelos que despertaba el término "control", la actividad tomó un nuevo nombre: **EVALUACION DE CALIDAD**. Reflejaba la idea de que la medición es algo que todo profesional sanitario realiza en su trabajo.

En la década de los setenta el nombre cambió de nuevo. Se argumenta que la mera evaluación es un ejercicio académico pasivo que no conduce a ningún cambio en la atención. Aparece la **GARANTIA DE CALIDAD**, que combina las mediciones con las acciones reparadoras subsiguientes. Es el momento del **ciclo evaluativo**, con un enfoque de la calidad exclusivamente científico-técnico.

El panorama se completa volviendo al mundo industrial y a un concepto nuevo de organización de las empresas: No satisfechas con los conceptos estáticos y la efectividad del enfoque tradicional (garantía de calidad), las organizaciones sanitarias están adoptando rápidamente una filosofía nueva de abordaje de la calidad. Este modelo se conoce como *TQM -Total Quality Management-*, o Calidad Total, que lleva incorporado el concepto de **Mejora Continua de la Calidad**.

Avedis Donabedian, en un artículo fechado en 1993, desglosaba las similitudes y diferencias entre el clásico enfoque de la Garantía de Calidad y el nuevo Modelo que provenía del ámbito empresarial:

« Al explorar los detalles del modelo industrial, no se descubre un mundo diferente. Descubrimos, quizá con aprecio, que dando un rodeo hemos llegado a casa otra vez.

(...) El modelo industrial viene a nosotros con tambores y trompetas, hablándonos en una lengua extraña, llena de aforismos y lemas llamativos.

Pero a pesar de esta parafernalia, el modelo industrial es, en esencia, auténtico, sincero y serio. Dice: "Cuida la calidad. Primero pon tu corazón en ello, después tu mente y el resto vendrá por añadidura" ».

*Avedis Donabedian  
(1919-2000)*

El interés por la Calidad ha evolucionado en el ámbito sanitario paralelamente a unos nuevos enfoques de la gestión. Una situación actual de recursos limitados, demanda social creciente, envejecimiento progresivo de la población y la aparición de tecnologías de alto coste, ha hecho que las organizaciones sanitarias busquen nuevas fórmulas de gestión, allá donde las viejas recetas ya no eran útiles.

Si consideramos la calidad como un valor (y no como un coste), la eficiencia pasa a ser el valor de los servicios producidos con arreglo a los recursos empleados (calidad/precio).

Calidad, según algunos autores, es mucho más que una herramienta de mejora de la asistencia: es el elemento clave para modernizar el sistema sanitario.

La gestión de la calidad ha pasado de tener su lugar en el plano operativo (tras la definición de un servicio se definen las normas técnicas en que se sustenta), a ser considerada un valor estratégico de mejora global de la organización.

Figura -3-: Evolución de la Calidad en los Servicios



## Qué aporta el Modelo EFQM a las organizaciones sanitarias

Como hemos visto, el Modelo Europeo de Excelencia es una guía que ayuda a una organización a construir un sistema de calidad: Una organización excelente es aquella que obtiene los mejores resultados posibles para todos sus grupos de interés (en el caso de las organizaciones sanitarias se incluyen los pacientes, los profesionales y la sociedad en su conjunto) y lo hace además de forma sostenida en el tiempo.

El modelo europeo de excelencia incorpora conceptos o principios básicos que son aplicables a los centros sanitarios y que, en conjunto, conforman un enfoque de la gestión más apropiado a las organizaciones profesionales, más flexible y adaptado a las expectativas de los usuarios.

El modelo aporta instrumentos de análisis de la organización, desde una perspectiva global: nos ofrece la posibilidad de aprender de nuestros propios errores y propicia la interacción constructiva entre directivos y profesionales sobre los problemas de la organización.

Algunos inconvenientes que se achacan al Modelo son los siguientes:

- 1) Su complejidad, que requiere un esfuerzo de adaptación y concreción para su aplicación práctica.
- 2) La subjetividad de que adolecen los diferentes enfoques de autoevaluación y que exigen la participación de evaluadores con experiencia y formados y, sobre todo, de una cierta madurez de la organización en la que se aplica.
- 3) La traslación del modelo y de los principios de la calidad total al sistema sanitario: la existencia de criterios de planificación centralizados, consustanciales en los sistemas sanitarios públicos, no parecen encajar con el modelo de excelencia.

Estos aspectos exigen un esfuerzo de adaptación, tanto en su estructura y contenido como en el método de aplicación, reforzando su relevancia para los profesionales, su coherencia con la misión de nuestras organizaciones y su viabilidad para la aplicación en nuestros centros.

Uno de los mayores peligros en la aplicación del modelo es adoptarlo como fin en sí mismo: se trataría de obtener muchos puntos o la concesión de premios o certificados. Éstos pueden ser objetivos complementarios, pero nunca el propósito principal.

Lo sustancial en nuestro entorno es apostar decididamente por el desarrollo profesional y por la legitimación social de la Atención Primaria y en este sentido el modelo EFQM puede servirnos de gran ayuda:

- Visualizando la calidad del sistema de gestión de la organización, más allá del concepto restringido de la calidad del "producto".
- Adaptando las competencias y los procesos a los requerimientos sociales, a las necesidades cambiantes de los usuarios.
- Identificando oportunidades de mejora y planificando las actividades de mejora de la calidad, coherentes con la misión de la organización y con la cultura de los profesionales, avanzando hacia la excelencia asistencial.

En resumen:

*El modelo europeo aporta instrumentos para avanzar hacia la excelencia asistencial realizando una autoevaluación sistemática de la organización: nos enseña a ver en la oscuridad, para encontrar soluciones que no siempre son obvias, conocidas o fáciles (si así fuera, como ocurre en el cuento del borracho, es más que probable que otros las hubieran encontrado y adoptado en el pasado).*

*La clave está en comprender la organización y el contexto en el que, diariamente, los profesionales toman sus decisiones clínicas. Es necesario visualizar el conjunto del sistema y no sólo una parte (que generalmente tiene que ver con nuestro puesto de trabajo): la consigna es disponer de una visión global para adoptar posteriormente una actuación local. El modelo de "excelencia" aplicado a las organizaciones sanitarias no implica una ruptura con los modelos clásicos, centrados en la Medicina Basada en la Evidencia o en los planteamientos clásicos de Donabedian, sino, por el contrario, nos aporta una estrategia útil para estructurar y extender los conceptos y los métodos del control de calidad a toda la organización. Podríamos decir que el modelo recoge y refuerza los valores tradicionales y los orienta hacia el usuario, teniendo en cuenta tanto la organización como el entorno en que se desarrolla.*

### 3. ADAPTACIÓN DEL MODELO EFQM EN AP

La adaptación del modelo EFQM comporta dos procesos:

- Por una parte, se requiere redefinir, aclarar y concretar las diferentes áreas de interés que se incluyen en cada subcriterio. Ello supone adecuar la estructura del modelo a las características de la atención primaria, teniendo en cuenta criterios de relevancia, coherencia y factibilidad.
- En segundo lugar, modificar y simplificar la estructura del modelo, para facilitar su aplicación en nuestro medio. Este proceso ha supuesto reelaborar el modelo original proponiendo un modelo enfocado a la atención primaria. Asimismo, las recomendaciones para la aplicación del modelo (incluido en el Anexo) tienen el mismo propósito.

*En la base de la estrategia de aplicación del modelo europeo de excelencia está la necesidad de que los gestores y los profesionales de nuestros centros sean capaces de resolver sus propios problemas, huyendo de la tentación de delegar la carga en consultores o expertos o en otros niveles de la organización, actitud que, aunque pueda producir mejoras a corto plazo, conduce a una mayor dependencia externa y vuelve al sistema cada vez más débil.*

*El biólogo y ensayista Lewis Thomas ha observado: "Cuando abordamos un sistema complejo, como un centro urbano o un hamster (o cualquiera de nuestras organizaciones), el cual tiene detalles insatisfactorios que anhelamos modificar, no podemos introducir reparaciones con demasiadas esperanzas de ayudar. Esta percepción es una de las grandes frustraciones de nuestro siglo".*

*Esta percepción conduce a menudo a no hacer nada. La perspectiva del modelo europeo de excelencia no conduce a la inacción, sino a un nuevo tipo de acción sustentada en un nuevo modo de pensar.*

En este apartado se describen, de forma panorámica, los 9 criterios y 26 subcriterios del modelo adaptado, concluyendo con algunas aclaraciones importantes a los mismos.

## CRITERIOS Y SUBCRITERIOS DEL CUESTIONARIO ADAPTADO

### AGENTES FACILITADORES

Valoran cómo el centro enfoca sus sistemas de gestión, si son coherentes, se implantan suficientemente y se revisan y mejoran periódicamente.

#### *CRITERIO 1. LIDERAZGO*

##### **Subcriterio 1a**

Compromiso del equipo directivo

##### **Subcriterio 1b**

Dirección de la mejora continua

##### **Subcriterio 1c**

Implicación con clientes y proveedores

#### *CRITERIO 2: POLÍTICA Y ESTRATEGIA*

##### **Subcriterio 2a**

Formular la estrategia y los planes basados en información relevante y completa

##### **Subcriterio 2b**

Comunicación e implantación de la política y los planes estratégicos y operativos

##### **Subcriterio 2c**

Revisión y mejora continua de la estrategia

***CRITERIO 3: GESTIÓN DE LAS PERSONAS***

**Subcriterio 3a**  
Estrategia y gestión de personal

**Subcriterio 3b**  
Formación

**Subcriterio 3c**  
Participación

**Subcriterio 3d**  
Comunicación

**Subcriterio 3e**  
Reconocimiento

***CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS***

**subcriterio 4a**  
Gestión de las alianzas externas

**Subcriterio 4b**  
Gestión de edificios, equipos y materiales

**Subcriterio 4c**  
Gestión de la tecnología

**Subcriterio 4e**  
Gestión de la información y del conocimiento

**CRITERIO 5: PROCESOS**

**Subcriterio 5a**  
Orientación al cliente

**Subcriterio 5b**  
Gestión de los procesos clave

**subcriterio 5 c**  
Gestión del proceso de mejora continua

**RESULTADOS**

Valoran los resultados alcanzados en los diferentes niveles, los analiza en base a sus tendencias, a los objetivos fijados y a su relación con los enfoques de gestión. Aprende de los mejores y pone en marcha mejoras en los sistemas de gestión, teniendo en cuenta los resultados alcanzados.

**CRITERIO 6: RESULTADOS EN LOS CLIENTES**

**Subcriterio 6a**  
Resultados de la percepción del cliente

**Subcriterio 6b**  
Indicadores de satisfacción del cliente

***CRITERIO 7: RESULTADOS EN LOS PROFESIONALES***

**Subcriterio 7a**

Resultados de la percepción de los profesionales

**Subcriterio 7b**

Indicadores de satisfacción de los profesionales

***CRITERIO 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD***

**Subcriterio 8a**

Resultados del impacto en la sociedad

**Subcriterio 8b**

Indicadores del impacto en la sociedad

***CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE***

**Subcriterio 9a**

Resultados financieros

**Subcriterio 9b**

Indicadores de rendimiento de la organización

## ACLARACIONES A LOS CRITERIOS

Como se explica en la Introducción, esta Guía pretende aclarar o “traducir” las áreas de interés del documento original al contexto de la atención primaria. En este sentido, aun contando con que las preguntas del Cuestionario Adaptado pretenden ser muy explícitas, se hace necesario en determinados momentos confirmar que todos los miembros del grupo de evaluación EFQM están entendiendo lo mismo ante una pregunta determinada.

A continuación se detallan las aclaraciones a los criterios que han sido utilizados en las reuniones previas por uno de los grupos de evaluadores referidos al comienzo, y que entendemos pueden incrementar aún más la sensibilidad de la herramienta.

### Criterio 1: liderazgo

Equipo directivo de la Gerencia  
Coordinador del Centro

### Criterio 2: política y estrategia

Contrato o Plan de Gestión  
Plan Estratégico  
Normativa (contrataciones, compras, administración pública, etc.)

### Criterio 3: personas

Gestión de los recursos humanos

### Criterio 4: alianzas y recursos

Aliados: 061, colegios, residencias, centros colaboradores en formación, atención especializada, etc.

Recursos: equipamientos, edificios.

### Criterio 5: procesos

Proceso es “una acción orientada a generar un valor añadido sobre una entrada, para conseguir un resultado satisfactorio a un requerimiento”.

Son ejemplos:

#### Proceso “derivación a AE”

Entrada: Paciente que presenta volante de interconsulta

Salida: Paciente que obtiene cita para AE

Proveedor-responsable: Área de Admisión

Indicadores: Cuantificación de derivaciones, monitorización de lista de espera, etc.

#### Proceso “servicio de Cartera: atención a HTA”

Entrada: Paciente HTA no diagnosticado

Salida: Paciente con seguimiento de su enfermedad

Proveedor-responsable: Médico y enfermero

Indicadores: Cobertura, NTM, evaluación del criterio de inclusión, grado de control, etc.

### Tipos de procesos en un EAP

**1.- Procesos clave o críticos.** Son las actividades que se realizan sobre los pacientes, la razón de ser de nuestra misión como organización sanitaria. Pueden ser procesos clínicos o no. Son procesos clave:

- Actividades asistenciales (protocolizadas o no)
- Atención domiciliaria
- Técnicas de enfermería
- Derivación a especializada
- Citación de pacientes
- Programas de intervención comunitaria (centros educativos, cuidadores, consulta joven)

**2.- Procesos estratégicos.** Son las actividades que fijan las pautas generales de actuación y recogen las opiniones de pacientes y profesionales. Son procesos estratégicos:

- Programas de mejora de la calidad
- El programa de formación
- Los objetivos anuales (Contratos de Gestión)

**3.- Procesos de soporte.** Son los que facilitan los recursos necesarios al resto de procesos del EAP o de la Gerencia para cumplir su función. Son procesos de soporte:

- Mantenimiento
- Personal
- Gestión de la documentación
- Nóminas
- Plan de obras y nuevas acciones

**Criterio 6: resultados en los pacientes**

Encuestas (de satisfacción, de tiempos de espera)  
Reclamaciones y sugerencias

**Criterio 7: resultados en los profesionales**

Resultados de las Encuestas de clima organizacional

**Criterio 8: impacto en la sociedad**

Opiniones de ayuntamientos, asociaciones de vecinos, amas de casa, asociaciones de enfermos.  
Cuidado del medio ambiente, reciclado.  
Colaboración con ONG, premios recibidos por asociaciones culturales o benéficas.

**Criterio 9: resultados clave**

Resultados económicos:

- Gasto por persona protegida
- Presupuesto de farmacia
- Cierre de año económico

Resultados no económicos:

- Cumplimiento de objetivos en Cartera
- Resultados en prescripción de EFG
- Resultados en los objetivos del área de admisión
- Resultados del plan de calidad

## 4. EL CUESTIONARIO ADAPTADO

### CRITERIO 1: LIDERAZGO

#### SUBCRITERIO 1a

|  | 0  | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75   | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|--|--|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|--|----|----|----|----|-----|
| <i>Enfoque<br/>(se sabe por qué se hace)</i>                       | Fundamentado   |   |    |    |    | Fundamentado  |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    |     |
|  | Parcialmente integrado en las actividades cotidianas |   |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                                |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    |     |
| <i>Despliegue<br/>(cuántos lo conocen)</i>                         | Implantación escasa                                  |   |    |    |    | Implantación en el 50 % de la organización  |    |    |    |    | Implantación en el 75 % de la organización         |    |    |    |    | Implantación total                                 |    |    |    |    |     |
|  | Escasamente sistematizado y estructurado             |   |    |    |    | Adecuada sistematización del despliegue: el asunto tiene una planificación previa |    |    |    |    | En gran medida, sistemático                        |    |    |    |    | Totalmente estructurado                            |    |    |    |    |     |
|  | Actuaciones predominantemente reactivas              |   |    |    |    | Actuaciones predominantemente proactivas, de anticipación                         |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    |     |
| <i>Evaluación y revisión<br/>(se mide, se aprende y se mejora)</i> | Hay alguna medición                                  |   |    |    |    | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados.                |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    |     |

## Compromiso con la Gestión de Calidad Total: *Los directivos:*

1- Han recibido formación en los principios de la Calidad Total.



2- Desarrollan la misión, visión y valores o principios éticos. Actúan como modelo de referencia para los demás profesionales. Fomentan una cultura de organización (predican con el ejemplo)



3- Estimulan la asunción de responsabilidades de los empleados.



4- Imparten formación dentro de la organización.



5- Animam a emprender acciones de mejora a partir de los resultados y el aprendizaje. Definen prioridades de mejora.



6- Fomentan la colaboración en la organización.



7- Revisan la efectividad de su liderazgo.



**PUNTOS FUERTES:**

**AREAS DE MEJORA:**

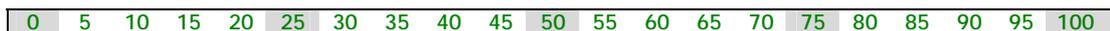
### SUBCRITERIO 1b.

|   | 0  | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75   | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|--|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|--|----|----|----|----|-----|
| <i>Enfoque</i><br>(se sabe por qué se hace)                       | Fundamentado   |   |    |    |    | Fundamentado  |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    |     |
|   | Parcialmente integrado en las actividades cotidianas |   |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                                |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    |     |
| <i>Despliegue</i><br>(cuántos lo conocen)                         | Implantación escasa                                  |   |    |    |    | Implantación en el 50 % de la organización  |    |    |    |    | Implantación en el 75 % de la organización         |    |    |    |    | Implantación total                                 |    |    |    |    |     |
|   | Escasamente sistematizado y estructurado             |   |    |    |    | Adecuada sistematización del despliegue: el asunto tiene una planificación previa |    |    |    |    | En gran medida, sistemático                        |    |    |    |    | Totalmente estructurado                            |    |    |    |    |     |
|   | Actuaciones predominantemente reactivas              |   |    |    |    | Actuaciones predominantemente proactivas, de anticipación                         |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    |     |
| <i>Evaluación y revisión</i><br>(se mide, se aprende y se mejora) | Hay alguna medición                                  |   |    |    |    | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados.                |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    |     |

#### Dirección de la mejora continúa:

##### Los directivos:

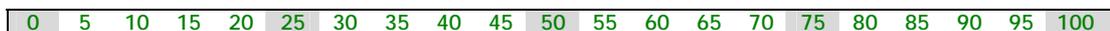
1- Son accesibles y escuchan activamente a los profesionales.



2- Comunican la visión, misión, planes y objetivos.



3- Difunden las mejores prácticas dentro de la organización.



4- Apoyan a las personas en la realización de sus planes.



5- Animar a las personas a participar en las actividades de mejora.



6- Reconocen a los individuos de todos los niveles de la organización.



7- Aseguran la implantación de un sistema de gestión por procesos.



8- Implantan un proceso para la mejora de los resultados clave.



**PUNTOS FUERTES:**

**AREAS DE MEJORA:**

### SUBCRITERIO 1c.

|   | 0  | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75   | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|--|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|--|----|----|----|----|-----|
| <i>Enfoque</i><br>(se sabe por qué se hace)                       | Fundamentado   |   |    |    |    | Fundamentado  |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    |     |
|   | Parcialmente integrado en las actividades cotidianas |   |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                                |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    |     |
| <i>Despliegue</i><br>(cuántos lo conocen)                         | Implantación escasa                                  |   |    |    |    | Implantación en el 50 % de la organización  |    |    |    |    | Implantación en el 75 % de la organización         |    |    |    |    | Implantación total                                 |    |    |    |    |     |
|   | Escasamente sistematizado y estructurado             |   |    |    |    | Adecuada sistematización del despliegue: el asunto tiene una planificación previa |    |    |    |    | En gran medida, sistemático                        |    |    |    |    | Totalmente estructurado                            |    |    |    |    |     |
|   | Actuaciones predominantemente reactivas              |   |    |    |    | Actuaciones predominantemente proactivas, de anticipación                         |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    |     |
| <i>Evaluación y revisión</i><br>(se mide, se aprende y se mejora) | Hay alguna medición                                  |   |    |    |    | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados.                |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    |     |

#### Implicación de los líderes con clientes y proveedores:

##### Los directivos:

1- Desarrollan planes para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.



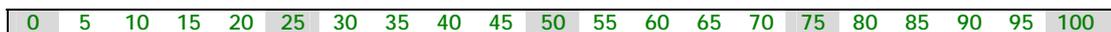
2- Establecen colaboraciones con otros centros, grupos, empresas, instituciones, etc.



3- Participan en actividades de mejora.



4- Reconocen la contribución de los grupos de interés a los resultados de la organización.



5- Participan en foros externos (conferencias, asociaciones profesionales, congresos, etc.) difundiendo y fomentando la Calidad Total.



**PUNTOS FUERTES:**

**AREAS DE MEJORA:**

## CRITERIO 2: POLÍTICA Y ESTRATEGIA

### SUBCRITERIO 2a

|   | 0  | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75   | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|--|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|--|----|----|----|----|-----|
| <i>Enfoque</i><br>(se sabe por qué se hace)                       | Fundamentado   |   |    |    |    | Fundamentado  |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    |     |
| <i>Despliegue</i><br>(cuántos lo conocen)                         | Parcialmente integrado en las actividades cotidianas |   |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                                |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    |     |
|   | Implantación escasa                                  |   |    |    |    | Implantación en el 50 % de la organización  |    |    |    |    | Implantación en el 75 % de la organización         |    |    |    |    | Implantación total                                 |    |    |    |    |     |
|   | Escasamente sistematizado y estructurado             |   |    |    |    | Adecuada sistematización del despliegue: el asunto tiene una planificación previa |    |    |    |    | En gran medida, sistemático                        |    |    |    |    | Totalmente estructurado                            |    |    |    |    |     |
|   | Actuaciones predominantemente reactivas              |   |    |    |    | Actuaciones predominantemente proactivas, de anticipación                         |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    |     |
| <i>Evaluación y revisión</i><br>(se mide, se aprende y se mejora) | Hay alguna medición                                  |   |    |    |    | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados.                |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    |     |

#### Formulación de la política y estrategia:

##### En la fijación de los objetivos:

- 1- Se tienen en cuenta las características sociodemográficas y las necesidades de salud de la población de su área de influencia.



- 2- Se tienen en cuenta las opiniones y expectativas de los usuarios.



- 3- Se tienen en cuenta las opiniones y expectativas de los profesionales.



- 4- Se tienen en cuenta los resultados de los indicadores internos, tanto asistenciales como económicos y su tendencia futura.



5- Se han identificado los centros o unidades que destacan por sus logros, tanto en resultados como en procesos.



6- Se tienen en cuenta las nuevas tecnologías clínicas o de gestión y sus aplicaciones.



**PUNTOS FUERTES:**

**AREAS DE MEJORA:**

### SUBCRITERIO 2b

|  | 0  | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75   | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|--|--|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|--|----|----|----|----|-----|
| <i>Enfoque<br/>(se sabe por qué se hace)</i>                       | Fundamentado                             |   |    |    |    | Fundamentado  |    |    |    |    | Fundamentado                               |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    |     |
|  | Parcialmente                             |   |    |    |    | Totalmente integrado  |    |    |    |    | Totalmente integrado                       |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    |     |
| <i>Despliegue<br/>(cuántos lo conocen)</i>                         | Implantación escasa                      |   |    |    |    | Implantación en el 50 % de la organización  |    |    |    |    | Implantación en el 75 % de la organización |    |    |    |    | Implantación total                                 |    |    |    |    |     |
|  | Escasamente sistematizado y estructurado |   |    |    |    | Adecuada sistematización del despliegue: el asunto tiene una planificación previa |    |    |    |    | En gran medida, sistemático                |    |    |    |    | Totalmente estructurado                            |    |    |    |    |     |
|  | Actuaciones predominantemente reactivas  |   |    |    |    | Actuaciones predominantemente proactivas, de anticipación                         |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva             |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    |     |
| <i>Evaluación y revisión<br/>(se mide, se aprende y se mejora)</i> | Hay alguna medición                      |   |    |    |    | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados.                |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.     |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    |     |

#### Comunicación e implantación de la estrategia y de los planes:

##### *Para la implantación de los planes:*

1- Se han identificado los procesos claves del centro y de la gerencia y se han definido sus responsables y los grupos afectados.



2- Se comunica la planificación y estrategia a los profesionales, usuarios, organizaciones sindicales, y otros grupos de interés.



3- Se definen objetivos y se planifican las actividades.



4- Se ponen en marcha y evalúan los planes.



5.- Se evalúa el conocimiento, comprensión y el grado de sensibilización con la política y estrategia de los profesionales.



**PUNTOS FUERTES:**

**AREAS DE MEJORA:**

### SUBCRITERIO 2c

|   | 0                   | 5  | 10                                      | 15   | 20  | 25   | 30   | 35   | 40   | 45   | 50   | 55   | 60   | 65   | 70   | 75   | 80   | 85   | 90   | 95   | 100  |  |  |
|---|---------------------|--|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <i>Enfoque</i><br>(se sabe por qué se hace)                       | Fundamentado        | Parcialmente   | integrado en las actividades cotidianas | Fundamentado   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                                | Fundamentado   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                 | Fundamentado   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                 | Fundamentado   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                 | Fundamentado   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                 | Fundamentado   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                 | Fundamentado   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                 | Fundamentado   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                 | Fundamentado   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                 | Fundamentado   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                 |
| <i>Despliegue</i><br>(cuántos lo conocen)                         | Implantación escasa | Escasamente sistematizado y estructurado                           | Actuaciones predominantemente reactivas | Implantación en el 50 % de la organización                         | Adecuada sistematización del despliegue: el asunto tiene una planificación previa | Actuaciones predominantemente proactivas, de anticipación          |
| <i>Evaluación y revisión</i><br>(se mide, se aprende y se mejora) | Hay alguna medición | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | La revisión y mejora son sistemáticas.  | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados.                | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. |

#### Revisión y mejora de la estrategia y de los planes:

*Para la revisión y mejora de la estrategia y los planes se tiene en cuenta que:*

1- El plan estratégico es coherente con la Misión, Visión y Valores del centro y se fundamenta en las necesidades y expectativas de los grupos de interés previamente identificadas.



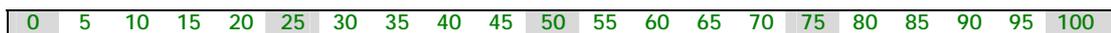
2- La política y estrategia del centro ha sido elaborada con la participación de los distintos profesionales.



3- Se tienen en cuenta en el desarrollo de la estrategia escenarios alternativos y se identifican factores críticos de éxito.



4- Refleja los conceptos fundamentales y la metodología de la Gestión de la Calidad.



5- Se revisa periódicamente la estrategia y los planes.



|                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <p><b>PUNTOS FUERTES:</b></p> | <p><b>AREAS DE MEJORA:</b></p> |
|-------------------------------|--------------------------------|

## CRITERIO 3: LAS PERSONAS

### SUBCRITERIO 3a

|   | 0  | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75   | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|--|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|--|----|----|----|----|-----|
| <i>Enfoque</i><br>(se sabe por qué se hace)                       | Fundamentado   |   |    |    |    | Fundamentado  |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    |     |
|   | Parcialmente integrado en las actividades cotidianas |   |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                                |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    |     |
| <i>Despliegue</i><br>(cuántos lo conocen)                         | Implantación escasa                                  |   |    |    |    | Implantación en el 50 % de la organización  |    |    |    |    | Implantación en el 75 % de la organización         |    |    |    |    | Implantación total                                 |    |    |    |    |     |
|   | Escasamente sistematizado y estructurado             |   |    |    |    | Adecuada sistematización del despliegue: el asunto tiene una planificación previa |    |    |    |    | En gran medida, sistemático                        |    |    |    |    | Totalmente estructurado                            |    |    |    |    |     |
|   | Actuaciones predominantemente reactivas              |   |    |    |    | Actuaciones predominantemente proactivas, de anticipación                         |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    |     |
| <i>Evaluación y revisión</i><br>(se mide, se aprende y se mejora) | Hay alguna medición                                  |   |    |    |    | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados.                |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    |     |

### Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos: *Para la gestión de los recursos humanos:*

1-Se utilizan encuestas a los profesionales o cualquier otro tipo de información procedente de los profesionales.

|   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

2- Se mide o se evalúa periódicamente el desempeño profesional (mediante la evaluación de cartera de servicios, indicadores de prescripción farmacéutica, derivaciones, consumos de pruebas diagnosticas., etc. u otros medios)

|   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

3- Participa el equipo (los centros) en la definición del perfil de las personas a contratar (sustituciones, refuerzo, interinidades, nuevas contrataciones) con criterios de transparencia, equidad, acuerdo con la normativa existente y con las limitaciones que impone el ámbito público.

|   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

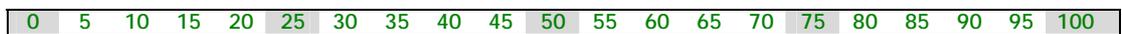
4- Se ha realizado un plan de personal coherente con la política y estrategia del centro.



5- Los diferentes profesionales o representantes de las diferentes categorías de profesionales participan en el plan de personal.



6- Existen criterios claros para el desarrollo profesional.



7- Se realiza la política de traslados y movilidad con criterios claros.



|                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <p><b>PUNTOS FUERTES:</b></p> | <p><b>AREAS DE MEJORA:</b></p> |
|-------------------------------|--------------------------------|

### SUBCRITERIO 3b

|  | 0  | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75   | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|--|--|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|--|----|----|----|----|-----|
| <i>Enfoque<br/>(se sabe por qué se hace)</i>                       | Fundamentado                             |   |    |    |    | Fundamentado  |    |    |    |    | Fundamentado                               |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    |     |
|  | Parcialmente                             |   |    |    |    | Totalmente integrado  |    |    |    |    | Totalmente integrado                       |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    |     |
| <i>Despliegue<br/>(cuántos lo conocen)</i>                         | Implantación escasa                      |   |    |    |    | Implantación en el 50 % de la organización  |    |    |    |    | Implantación en el 75 % de la organización |    |    |    |    | Implantación total                                 |    |    |    |    |     |
|  | Escasamente sistematizado y estructurado |   |    |    |    | Adecuada sistematización del despliegue: el asunto tiene una planificación previa |    |    |    |    | En gran medida, sistemático                |    |    |    |    | Totalmente estructurado                            |    |    |    |    |     |
|  | Actuaciones predominantemente reactivas  |   |    |    |    | Actuaciones predominantemente proactivas, de anticipación                         |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva             |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    |     |
| <i>Evaluación y revisión<br/>(se mide, se aprende y se mejora)</i> | Hay alguna medición                      |   |    |    |    | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados.                |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.     |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    |     |

#### Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización:

1- Existe un plan de formación continuada basado en las necesidades.



2- La formación continuada se dirige a las necesidades derivadas como consecuencia de la evaluación del desempeño profesional.



3- El plan de formación contempla oportunidades para el aprendizaje individual de grupos concretos y de toda la gerencia.



4- Se evalúa la eficacia de la formación continuada sobre el desempeño profesional.



5- Se discute con los diferentes profesionales sobre las preferencias y objetivos formativos individuales o de grupo (categoría o estamentos) para hacerlos compatibles, congruentes con los objetivos de la gerencia.



**PUNTOS FUERTES:**

**AREAS DE MEJORA:**

### SUBCRITERIO 3.c

|   | 0                   | 5  | 10   | 15   | 20  | 25   | 30   | 35   | 40   | 45   | 50   | 55   | 60   | 65   | 70   | 75   | 80   | 85   | 90   | 95   | 100  |  |  |
|---|---------------------|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <i>Enfoque</i><br>(se sabe por qué se hace)                       | Fundamentado        | Parcialmente   | integrado en las actividades cotidianas                            | Fundamentado   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                                | Fundamentado   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                 | Fundamentado   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                 | Fundamentado   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                 | Fundamentado   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                 | Fundamentado   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                 | Fundamentado   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                 | Fundamentado   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                 | Fundamentado   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                 | Fundamentado   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                 |
| <i>Despliegue</i><br>(cuántos lo conocen)                         | Implantación escasa | Escasamente sistematizado y estructurado                           | Actuaciones predominantemente reactivas                            | Implantación en el 50 % de la organización                         | Adecuada sistematización del despliegue: el asunto tiene una planificación previa | Actuaciones predominantemente proactivas, de anticipación          |
| <i>Evaluación y revisión</i><br>(se mide, se aprende y se mejora) | Hay alguna medición | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados.                | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados. |

### Implicación y asunción de responsabilidades por parte de los profesionales

1- Se fomenta la participación individual o de grupo en las actividades de mejora.



2- Existe delegación de responsabilidades a los profesionales.



3- Existen cauces para valorar las propuestas de los profesionales respecto a la organización, objetivos y planes de la gerencia o el equipo.



4- Existe una dirección participativa por objetivos (individuales), que se evalúa y revisa periódicamente.



5- Se ejercen las responsabilidades con la presentación de propuestas, informes, evaluaciones periódicas, etc



5- Se fomenta la participación de los profesionales en las decisiones del equipo.



**PUNTOS FUERTES:**

**AREAS DE MEJORA:**

### SUBCRITERIO 3.d

|   | 0  | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75   | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|--|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|--|----|----|----|----|-----|
| <i>Enfoque</i><br>(se sabe por qué se hace)                       | Fundamentado   |   |    |    |    | Fundamentado  |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    |     |
|   | Parcialmente integrado en las actividades cotidianas |   |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                                |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    |     |
| <i>Despliegue</i><br>(cuántos lo conocen)                         | Implantación escasa                                  |   |    |    |    | Implantación en el 50 % de la organización  |    |    |    |    | Implantación en el 75 % de la organización         |    |    |    |    | Implantación total                                 |    |    |    |    |     |
|   | Escasamente sistematizado y estructurado             |   |    |    |    | Adecuada sistematización del despliegue: el asunto tiene una planificación previa |    |    |    |    | En gran medida, sistemático                        |    |    |    |    | Totalmente estructurado sistemático                |    |    |    |    |     |
|   | Actuaciones predominantemente reactivas              |   |    |    |    | Actuaciones predominantemente proactivas, de anticipación                         |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    |     |
| <i>Evaluación y revisión</i><br>(se mide, se aprende y se mejora) | Hay alguna medición                                  |   |    |    |    | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados.                |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    |     |

#### Existencia de un diálogo entre los profesionales y la organización.

1- Se han identificado las necesidades de comunicación entre los distintos profesionales o grupos de profesionales del centro.

|   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

2- Se establecen los cauces necesarios, mediante reuniones, entrevistas, informes o cualquier otro medio para satisfacer las necesidades de comunicación del equipo (información del coordinador a resto de profesionales, consejo de dirección de centro, reuniones unidades básicas medicina - enfermería, etc)

|   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

3- Se han establecido los foros necesarios para compartir el conocimiento y las mejores prácticas (sesiones clínicas, interconsultas, casos clínicos)

|   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

4- Se revisa periódicamente la adecuación del plan de comunicación a las necesidades de la organización.

|   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

**PUNTOS FUERTES:**

**AREAS DE MEJORA:**

### SUBCRITERIO 3.e

|   | 0  | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75   | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|--|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|--|----|----|----|----|-----|
| <i>Enfoque</i><br>(se sabe por qué se hace)                       | Fundamentado   |   |    |    |    | Fundamentado  |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    |     |
|   | Parcialmente integrado en las actividades cotidianas |   |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                                |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    |     |
| <i>Despliegue</i><br>(cuántos lo conocen)                         | Implantación escasa                                  |   |    |    |    | Implantación en el 50 % de la organización  |    |    |    |    | Implantación en el 75 % de la organización         |    |    |    |    | Implantación total                                 |    |    |    |    |     |
|   | Escasamente sistematizado y estructurado             |   |    |    |    | Adecuada sistematización del despliegue: el asunto tiene una planificación previa |    |    |    |    | En gran medida, sistemático                        |    |    |    |    | Totalmente estructurado                            |    |    |    |    |     |
|   | Actuaciones predominantemente reactivas              |   |    |    |    | Actuaciones predominantemente proactivas, de anticipación                         |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    |     |
| <i>Evaluación y revisión</i><br>(se mide, se aprende y se mejora) | Hay alguna medición                                  |   |    |    |    | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados.                |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    |     |

#### Reconocimiento e incentivación.

1- La gerencia dispone de un sistema de reconocimiento e incentivación para impulsar la implicación del personal.



2- Se tienen en cuenta los temas de higiene, seguridad y medio ambiente.



3- Fomenta la participación del personal en actividades formativas, jornadas, conferencias, etc.



|                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <p><b>PUNTOS FUERTES:</b></p> | <p><b>AREAS DE MEJORA:</b></p> |
|-------------------------------|--------------------------------|

## Criterio 4: ALIANZAS Y RECURSOS

### SUBCRITERIO 4.a

|   | 0  | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75   | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|--|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|--|----|----|----|----|-----|
| <i>Enfoque</i><br>(se sabe por qué se hace)                       | Fundamentado   |   |    |    |    | Fundamentado  |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    |     |
| <i>Despliegue</i><br>(cuántos lo conocen)                         | Parcialmente integrado en las actividades cotidianas |   |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                                |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    |     |
| <i>Evaluación y revisión</i><br>(se mide, se aprende y se mejora) | Implantación escasa                                  |   |    |    |    | Implantación en el 50 % de la organización  |    |    |    |    | Implantación en el 75 % de la organización         |    |    |    |    | Implantación total                                 |    |    |    |    |     |
|   | Escasamente sistematizado y estructurado             |   |    |    |    | Adecuada sistematización del despliegue: el asunto tiene una planificación previa |    |    |    |    | En gran medida, sistemático                        |    |    |    |    | Totalmente estructurado                            |    |    |    |    |     |
|   | Actuaciones predominantemente reactivas              |   |    |    |    | Actuaciones predominantemente proactivas, de anticipación                         |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    |     |
|   | Hay alguna medición                                  |   |    |    |    | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados.                |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    |     |

#### Gestión de las alianzas externas

1- El equipo realiza actividades para identificar a los grupos, entidades, asociaciones que pueden colaborar con él para desarrollar su planificación o estrategia de prestación de servicios.



2- Se han definido la colaboración que se establece entre el equipo y los diferentes grupos, asociaciones, entidades de forma que favorezca la mejora de procesos, el prestigio, reputación, desarrollo, solidez del equipo (tanto en el aspecto asistencial como en actividades formativas, investigadoras, de gestión de recursos, etc.)



3- Existen criterios para garantizar que los grupos con los que se establece una colaboración tienen objetivos, cultura, política compatibles con la del equipo.



4- Se protocoliza la colaboración (se establecen flujos en los procesos que se establecen con los grupos colaboradores, incluyendo los problemas de bloqueo o descoordinación).



**PUNTOS FUERTES:**

**AREAS DE MEJORA:**

### SUBCRITERIO 4.b

|   | 0  | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75   | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|--|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|--|----|----|----|----|-----|
| <i>Enfoque</i><br>(se sabe por qué se hace)                       | Fundamentado   |   |    |    |    | Fundamentado  |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    |     |
|   | Parcialmente integrado en las actividades cotidianas |   |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                                |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    |     |
| <i>Despliegue</i><br>(cuántos lo conocen)                         | Implantación escasa                                  |   |    |    |    | Implantación en el 50 % de la organización  |    |    |    |    | Implantación en el 75 % de la organización         |    |    |    |    | Implantación total                                 |    |    |    |    |     |
|   | Escasamente sistematizado y estructurado             |   |    |    |    | Adecuada sistematización del despliegue: el asunto tiene una planificación previa |    |    |    |    | En gran medida, sistemático                        |    |    |    |    | Totalmente estructurado                            |    |    |    |    |     |
|   | Actuaciones predominantemente reactivas              |   |    |    |    | Actuaciones predominantemente proactivas, de anticipación                         |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    |     |
| <i>Evaluación y revisión</i><br>(se mide, se aprende y se mejora) | Hay alguna medición                                  |   |    |    |    | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados.                |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    |     |

#### Gestión de edificios, equipos y materiales.

1- El equipo gestiona los diferentes espacios, consultas, salas, recursos materiales, instrumental, biblioteca, equipamiento, etc., para mejorar su rendimiento (objetivos, política y estrategia).

|   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

2- Existe un plan de gestión del mantenimiento del material y aparataje.

|   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

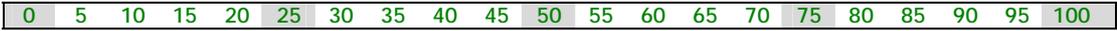
3- Se realiza una gestión de suministros, de forma que se garantice el abastecimiento de material y que se optimice su consumo. (Gestión de stocks, almacén, etc.)

|   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

4- Existe un plan de reciclaje o gestión de residuos.

|   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

5- Existen protocolos de prevención de accidentes biológicos y riesgos laborales. Se ha realizado un mapa de riesgos con propuestas preventivas.



6- Se realiza el consentimiento informado con aquellas técnicas o prestaciones que pudieran suponer un riesgo para el usuario.



|                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <p><b>PUNTOS FUERTES:</b></p> | <p><b>AREAS DE MEJORA:</b></p> |
|-------------------------------|--------------------------------|

### SUBCRITERIO 4.c

|   | 0  | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75   | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|--|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|--|----|----|----|----|-----|
| <i>Enfoque</i><br>(se sabe por qué se hace)                       | Fundamentado   |   |    |    |    | Fundamentado  |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    |     |
|   | Parcialmente integrado en las actividades cotidianas |   |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                                |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    |     |
| <i>Despliegue</i><br>(cuántos lo conocen)                         | Implantación escasa                                  |   |    |    |    | Implantación en el 50 % de la organización  |    |    |    |    | Implantación en el 75 % de la organización         |    |    |    |    | Implantación total                                 |    |    |    |    |     |
|   | Escasamente sistematizado y estructurado             |   |    |    |    | Adecuada sistematización del despliegue: el asunto tiene una planificación previa |    |    |    |    | En gran medida, sistemático                        |    |    |    |    | Totalmente estructurado                            |    |    |    |    |     |
|   | Actuaciones predominantemente reactivas              |   |    |    |    | Actuaciones predominantemente proactivas, de anticipación                         |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    |     |
| <i>Evaluación y revisión</i><br>(se mide, se aprende y se mejora) | Hay alguna medición                                  |   |    |    |    | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados.                |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    |     |

#### Gestión de la tecnología

1- Existe un plan para identificar e incorporar las nuevas tecnologías a la actividad.

|   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

2- Se garantiza que la tecnología existente (aparataje, programas de gestión de consulta, gestión de bases de datos...) se explota adecuadamente.

|   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

3- Se aprovecha la tecnología para apoyar la mejora.

|   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

|                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <p><b>PUNTOS FUERTES:</b></p> | <p><b>AREAS DE MEJORA:</b></p> |
|-------------------------------|--------------------------------|

### SUBCRITERIO 4.d

|   | 0  | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75   | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |  |
|---|--|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|--|----|----|----|----|-----|--|
| <i>Enfoque</i><br>(se sabe por qué se hace)                       | Fundamentado   |   |    |    |    | Fundamentado  |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    |     |  |
|   | Parcialmente integrado en las actividades cotidianas |   |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                                |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    |     |  |
| <i>Despliegue</i><br>(cuántos lo conocen)                         | Implantación escasa                                  |   |    |    |    | Implantación en el 50 % de la organización  |    |    |    |    | Implantación en el 75 % de la organización         |    |    |    |    | Implantación total                                 |    |    |    |    |     |  |
|   | Escasamente sistematizado y estructurado             |   |    |    |    | Adecuada sistematización del despliegue: el asunto tiene una planificación previa |    |    |    |    | En gran medida, sistemático                        |    |    |    |    | Totalmente estructurado                            |    |    |    |    |     |  |
|   | Actuaciones predominantemente reactivas              |   |    |    |    | Actuaciones predominantemente proactivas, de anticipación                         |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    |     |  |
| <i>Evaluación y revisión</i><br>(se mide, se aprende y se mejora) | Hay alguna medición                                  |   |    |    |    | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados.                |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    |     |  |

#### Gestión de la información y del conocimiento.

1- Los miembros del equipo tienen fácil acceso a la información y conocimientos pertinentes sobre la organización (notas interiores, Consejo de Gestión, información sindical)



2- Existe un sistema para informar a los distintos profesionales de las notificaciones de la Gerencia, Consejos de gestión, etc...



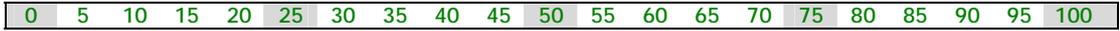
3- Los profesionales tienen un fácil acceso a las fuentes de información necesarias para la actualización clínica.



4.- Los usuarios pueden acceder fácilmente a información sobre gestión de servicios, información para usuarios, etc.



5.-Se dispone de un sistema de información válido y fiable (registro de actividad, cartera de servicios, EDO, consumo de interconsultas)



6.-Se utiliza la historia clínica de forma adecuada.



7.-Existe un plan que permite adquirir, incrementar y utilizar el conocimiento de forma efectiva.



**PUNTOS FUERTES:**

**AREAS DE MEJORA:**

## CRITERIO 5: LOS PROCESOS

### SUBCRITERIO 5.a

|   | 0  | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75   | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|--|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|--|----|----|----|----|-----|
| <i>Enfoque</i><br>(se sabe por qué se hace)                       | Fundamentado   |   |    |    |    | Fundamentado  |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    |     |
|   | Parcialmente integrado en las actividades cotidianas |   |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                                |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    |     |
| <i>Despliegue</i><br>(cuántos lo conocen)                         | Implantación escasa                                  |   |    |    |    | Implantación en el 50 % de la organización  |    |    |    |    | Implantación en el 75 % de la organización         |    |    |    |    | Implantación total                                 |    |    |    |    |     |
|   | Escasamente sistematizado y estructurado             |   |    |    |    | Adecuada sistematización del despliegue: el asunto tiene una planificación previa |    |    |    |    | En gran medida, sistemático                        |    |    |    |    | Totalmente estructurado                            |    |    |    |    |     |
|   | Actuaciones predominantemente reactivas              |   |    |    |    | Actuaciones predominantemente proactivas, de anticipación                         |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    |     |
| <i>Evaluación y revisión</i><br>(se mide, se aprende y se mejora) | Hay alguna medición                                  |   |    |    |    | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados.                |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    |     |

#### Orientación al cliente

1- Se determinan las necesidades, expectativas actuales o futuras de los clientes, así como sus opiniones o percepciones sobre los servicios.



2- Se utiliza dicha información para desarrollar nuevos servicios o mejorar los ya existentes.



3- Se diseñan y desarrollan nuevos servicios con grupos colaboradores (sociedades profesionales, ONG, asociaciones, entidades)



4.-Se utilizan protocolos o manuales de prestación de servicios para dar una asistencia acorde a su diseño.



5.- Se evalúa si los servicios prestados (asistenciales o de gestoría) se prestan de acuerdo al diseño de los mismos (cumplimiento de Normas Técnicas, seguimiento de protocolos clínicos, manual de procedimientos, etc)



6.- Se informa y comunica a los usuarios reales y potenciales sobre los servicios que presta el centro.



7.- El área de atención al usuario gestiona y canaliza las dudas, sugerencias, quejas sobre los servicios prestados en el centro, etc.



8.- Se establecen contactos periódicos con los usuarios o sus representantes o existe un órgano formal de relación de la organización con sus clientes para conocer su opinión respecto a los servicios que presta el centro.



9.- Se evalúa periódicamente la satisfacción de los usuarios con el centro, con los servicios ofertados y con la atención recibida.



10.- Se evalúan periódicamente las quejas y reclamaciones y se implica la organización en la gestión de quejas y reclamaciones.



|                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| <p>PUNTOS FUERTES:</p> | <p>AREAS DE MEJORA:</p> |
|------------------------|-------------------------|

### SUBCRITERIO 5.b

|   | 0  | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75   | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|--|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|--|----|----|----|----|-----|
| <i>Enfoque</i><br>(se sabe por qué se hace)                       | Fundamentado   |   |    |    |    | Fundamentado  |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    | Fundamentado                                       |    |    |    |    |     |
|   | Parcialmente integrado en las actividades cotidianas |   |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                                |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |    |    |    |    |     |
| <i>Despliegue</i><br>(cuántos lo conocen)                         | Implantación escasa                                  |   |    |    |    | Implantación en el 50 % de la organización  |    |    |    |    | Implantación en el 75 % de la organización         |    |    |    |    | Implantación total                                 |    |    |    |    |     |
|   | Escasamente sistematizado y estructurado             |   |    |    |    | Adecuada sistematización del despliegue: el asunto tiene una planificación previa |    |    |    |    | En gran medida, sistemático                        |    |    |    |    | Totalmente estructurado                            |    |    |    |    |     |
|   | Actuaciones predominantemente reactivas              |   |    |    |    | Actuaciones predominantemente proactivas, de anticipación                         |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    | Actuación totalmente proactiva                     |    |    |    |    |     |
| <i>Evaluación y revisión</i><br>(se mide, se aprende y se mejora) | Hay alguna medición                                  |   |    |    |    | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados.                |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    | La revisión y mejora son sistemáticas.             |    |    |    |    |     |

### Gestión de los procesos clave.

1- Se han identificado los procesos clave del centro.

|   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

2- Se realiza gestión de los procesos: los procesos clave tienen asignado un responsable y un cuadro de mando (objetivos, necesidades del cliente, indicadores de calidad, eficacia y coste)

|   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

3- Se garantiza la continuidad de los procesos asistenciales entre diferentes unidades y niveles.

|   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

4.- Se evalúan los procesos clave y se mejoran de manera permanente, suprimiendo procesos que no añaden valor, simplificando o rediseñando nuevos procesos cuando sea necesario, a través de equipos de mejora.

|   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

**PUNTOS FUERTES:**

**AREAS DE MEJORA:**

### SUBCRITERIO 5.c

|   | 0                   | 5 | 10 | 15 | 20 | 25                    | 30 | 35 | 40 | 45 | 50                    | 55 | 60 | 65 | 70 | 75                       | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---|---------------------|---|----|----|----|-----------------------|----|----|----|----|-----------------------|----|----|----|----|--------------------------|----|----|----|----|-----|
| <i>Enfoque</i><br>(se sabe por qué se hace)                       | Fundamentado        |   |    |    |    | Fundamentado          |    |    |    |    | Fundamentado          |    |    |    |    | Fundamentado             |    |    |    |    |     |
|   | Parcialmente        |   |    |    |    | Totalmente integrado  |    |    |    |    | Totalmente integrado  |    |    |    |    | Totalmente integrado     |    |    |    |    |     |
|   | integrado en las    |   |    |    |    | en las actividades    |    |    |    |    | en las actividades    |    |    |    |    | en las                   |    |    |    |    |     |
|   | actividades         |   |    |    |    | cotidianas            |    |    |    |    | cotidianas            |    |    |    |    | actividades              |    |    |    |    |     |
|   | cotidianas          |   |    |    |    | cotidianas            |    |    |    |    | cotidianas            |    |    |    |    | cotidianas               |    |    |    |    |     |
| <i>Despliegue</i><br>(cuántos lo conocen)                         | Implantación escasa |   |    |    |    | Implantación en el 50 |    |    |    |    | Implantación en el 75 |    |    |    |    | Implantación total       |    |    |    |    |     |
|   | Escasamente         |   |    |    |    | Adecuada              |    |    |    |    | En gran medida,       |    |    |    |    | Totalmente estructurado  |    |    |    |    |     |
|   | sistematizado y     |   |    |    |    | sistematización del   |    |    |    |    | sistemático           |    |    |    |    |                          |    |    |    |    |     |
|   | estructurado        |   |    |    |    | despliegue: el asunto |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |                          |    |    |    |    |     |
|   |                     |   |    |    |    | tiene una             |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |                          |    |    |    |    |     |
|   |                     |   |    |    |    | planificación previa  |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |                          |    |    |    |    |     |
|   | Actuaciones         |   |    |    |    | Actuaciones           |    |    |    |    | Actuación totalmente  |    |    |    |    | Actuación totalmente     |    |    |    |    |     |
|   | predominantemente   |   |    |    |    | predominantemente     |    |    |    |    | proactiva             |    |    |    |    | proactiva                |    |    |    |    |     |
|   | reactivas           |   |    |    |    | proactivas, de        |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |                          |    |    |    |    |     |
|   |                     |   |    |    |    | anticipación          |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |                          |    |    |    |    |     |
| <i>Evaluación y revisión</i><br>(se mide, se aprende y se mejora) | Hay alguna medición |   |    |    |    | Alto nivel de         |    |    |    |    | La revisión y mejora  |    |    |    |    | La revisión y mejora son |    |    |    |    |     |
|   |                     |   |    |    |    | medición.             |    |    |    |    | son sistemáticas.     |    |    |    |    | sistemáticas.            |    |    |    |    |     |
|   |                     |   |    |    |    | Hay acciones en       |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |                          |    |    |    |    |     |
|   |                     |   |    |    |    | función de los        |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |                          |    |    |    |    |     |
|   |                     |   |    |    |    | resultados.           |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |                          |    |    |    |    |     |

#### Gestión del proceso de mejora continua.

1- Existe un procedimiento organizado para identificar y establecer prioridades para las oportunidades de mejora.



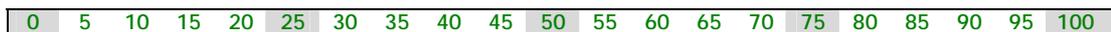
2- Se utilizan los resultados de rendimiento del centro y de percepción de los usuarios para establecer objetivos y proyectos de mejora.



3- Se incentiva y estimula la creatividad y la participación activa de los profesionales en los equipos de mejora.



4.- Se comunican a los grupos de interés pertinentes (personal afectado, colaboradores, otros centros, etc.) los cambios realizados.



5.- Se proporciona formación a las personas sobre los procesos nuevos o modificados.



6.- Se evalúa la efectividad de los cambios realizados en actividades de mejora.



**PUNTOS FUERTES:**

**AREAS DE MEJORA:**

**CRITERIO 6: RESULTADOS EN LOS CLIENTES**

**SUBCRITERIO 6.a**

|                                 | 0   | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75  | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---------------------------------|---|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|---|----|----|----|----|-----|
| <i>Tendencias</i>               | Tendencia positiva en algún resultado                                 |   |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados  |    |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados, en los últimos 3 años                      |    |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados, en los últimos 5 años                           |    |    |    |    |     |
| <i>Objetivos</i>                | Se alcanza algún objetivo   |   |    |    |    | Se alcanzan varios objetivos, en distintas áreas de la organización                       |    |    |    |    | Se alcanzan numerosos objetivos en muchas de las áreas                                 |    |    |    |    | Se alcanza la práctica totalidad de objetivos en el 100% de las áreas                       |    |    |    |    |     |
| <i>Comparaciones</i>            | Información anecdótica de alguna comparación con otras organizaciones |   |    |    |    | Existen comparaciones en algunas áreas  |    |    |    |    | La comparación es sistemáticamente hecha en numerosas áreas                            |    |    |    |    | Todas las áreas se comparan con sus homólogas de otras organizaciones                       |    |    |    |    |     |
| <i>Causas de los resultados</i> | Desconocidas  |   |    |    |    | Evidencia de que algunos resultados se correlacionan con acciones emprendidas previamente |    |    |    |    | Buena evidencia de que muchos resultados se correlacionan con las acciones emprendidas |    |    |    |    | Total evidencia de que los resultados se correlacionan con acciones emprendidas previamente |    |    |    |    |     |

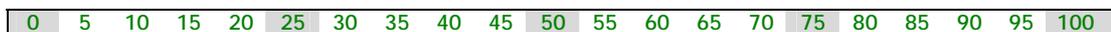
**Medidas de percepción**

*Se ha evaluado la percepción de los clientes (mediante encuestas de satisfacción, grupos focales u otros) sobre los siguientes aspectos:*

1- Estructura e instalaciones.



2- Calidad en el trato de los distintos profesionales.



3- Información proporcionada por los distintos profesionales.



4.- Tiempo de espera y atención.

0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100

5.- Tiempo de respuesta del área administrativa.

0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100

6.- Confianza, capacidad técnica.

0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100

7.- Fiabilidad y recomendación de servicios.

0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100

8.- Se han identificado cuáles son los aspectos determinantes de la satisfacción de los clientes.

0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100



|                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <p><b>PUNTOS FUERTES:</b></p> | <p><b>AREAS DE MEJORA:</b></p> |
|-------------------------------|--------------------------------|

### SUBCRITERIO 6.b

|                                 | 0   | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75  | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---------------------------------|---|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|---|----|----|----|----|-----|
| <i>Tendencias</i>               | Tendencia positiva en algún resultado                                 |   |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados  |    |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados, en los últimos 3 años                      |    |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados, en los últimos 5 años                           |    |    |    |    |     |
| <i>Objetivos</i>                | Se alcanza algún objetivo   |   |    |    |    | Se alcanzan varios objetivos, en distintas áreas de la organización                       |    |    |    |    | Se alcanzan numerosos objetivos en muchas de las áreas                                 |    |    |    |    | Se alcanza la práctica totalidad de objetivos en el 100% de las áreas                       |    |    |    |    |     |
| <i>Comparaciones</i>            | Información anecdótica de alguna comparación con otras organizaciones |   |    |    |    | Existen comparaciones en algunas áreas  |    |    |    |    | La comparación es sistemáticamente hecha en numerosas áreas                            |    |    |    |    | Todas las áreas se comparan con sus homólogas de otras organizaciones                       |    |    |    |    |     |
| <i>Causas de los resultados</i> | Desconocidas  |   |    |    |    | Evidencia de que algunos resultados se correlacionan con acciones emprendidas previamente |    |    |    |    | Buena evidencia de que muchos resultados se correlacionan con las acciones emprendidas |    |    |    |    | Total evidencia de que los resultados se correlacionan con acciones emprendidas previamente |    |    |    |    |     |

#### Indicadores de rendimiento

*Se ha realizado la evaluación de los siguientes indicadores:*

1- Tiempos de atención y de espera.



2- Gestión de reclamaciones y sugerencias / felicitaciones.



3- Indicadores de accesibilidad telefónica.



4.- Cambios de médico / centro.



5.- Listas de espera del centro.



6.- Cumplimiento de objetivos basados en el cliente en el Contrato de Gestión.



7.- Continuidad de cuidados: listas de espera para interconsultas y pruebas diagnósticas.



8.- Se han definido indicadores de rendimiento que evalúen los logros alcanzados con relación a las necesidades y expectativas de los clientes.



|                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| <p>PUNTOS FUERTES:</p> | <p>AREAS DE MEJORA:</p> |
|------------------------|-------------------------|

## CRITERIO 7: RESULTADOS EN LOS PROFESIONALES

### SUBCRITERIO 7.a

|                                 | 0   | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75  | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---------------------------------|---|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|---|----|----|----|----|-----|
| <i>Tendencias</i>               | Tendencia positiva en algún resultado                                 |   |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados  |    |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados, en los últimos 3 años                      |    |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados, en los últimos 5 años                           |    |    |    |    |     |
| <i>Objetivos</i>                | Se alcanza algún objetivo   |   |    |    |    | Se alcanzan varios objetivos, en distintas áreas de la organización                       |    |    |    |    | Se alcanzan numerosos objetivos en muchas de las áreas                                 |    |    |    |    | Se alcanza la práctica totalidad de objetivos en el 100% de las áreas                       |    |    |    |    |     |
| <i>Comparaciones</i>            | Información anecdótica de alguna comparación con otras organizaciones |   |    |    |    | Existen comparaciones en algunas áreas  |    |    |    |    | La comparación es sistemáticamente hecha en numerosas áreas                            |    |    |    |    | Todas las áreas se comparan con sus homólogas de otras organizaciones                       |    |    |    |    |     |
| <i>Causas de los resultados</i> | Desconocidas  |   |    |    |    | Evidencia de que algunos resultados se correlacionan con acciones emprendidas previamente |    |    |    |    | Buena evidencia de que muchos resultados se correlacionan con las acciones emprendidas |    |    |    |    | Total evidencia de que los resultados se correlacionan con acciones emprendidas previamente |    |    |    |    |     |

#### Medidas de percepción.

*Se han realizado entrevistas, grupos focales o encuestas para conocer la percepción de los profesionales de la gerencia sobre:*

1- Los valores, la misión, visión, política y estrategia de la gerencia y del conjunto de la organización.



2- El programa de formación del centro o del área.



3- Los objetivos del contrato de gestión.



4.- La evaluación de cartera de servicios, consumos de interconsultas, pruebas diagnósticas, radiología, farmacia, etc.



5.- Organización del centro, distribución de responsabilidades y toma de decisiones.



6.- Los flujos y circuitos de la transmisión de la información y comunicación entre los profesionales y con estructuras externas al centro



7.- Criterios de distribución de incentivos, gestión de temporadas de vacaciones y permisos, asistencia a cursos y congresos. Reconocimiento.



8.- Liderazgo.



9.- Oportunidades de desarrollo de los profesionales.



10.- Grado de satisfacción con las instalaciones, estructura y entorno de trabajo.



11.- Grado de satisfacción con la organización del centro, (consultas, horarios, tareas comunes, formación, reuniones organizativas, atención de urgencias, gestión de historia clínica, circuito de citas, etc.) y con las condiciones de trabajo



12.- Grado de satisfacción con la dirección del centro (fijación de objetivos, transmisión de información, representación, gestión de incidencias)



13.- Se han identificado cuáles son los aspectos determinantes de la satisfacción de los profesionales.



**PUNTOS FUERTES:**

**AREAS DE MEJORA:**

### SUBCRITERIO 7.b

|                                 | 0   | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75  | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---------------------------------|---|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|---|----|----|----|----|-----|
| <i>Tendencias</i>               | Tendencia positiva en algún resultado                                 |   |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados  |    |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados, en los últimos 3 años                      |    |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados, en los últimos 5 años                           |    |    |    |    |     |
| <i>Objetivos</i>                | Se alcanza algún objetivo   |   |    |    |    | Se alcanzan varios objetivos, en distintas áreas de la organización                       |    |    |    |    | Se alcanzan numerosos objetivos en muchas de las áreas                                 |    |    |    |    | Se alcanza la práctica totalidad de objetivos en el 100% de las áreas                       |    |    |    |    |     |
| <i>Comparaciones</i>            | Información anecdótica de alguna comparación con otras organizaciones |   |    |    |    | Existen comparaciones en algunas áreas  |    |    |    |    | La comparación es sistemáticamente hecha en numerosas áreas                            |    |    |    |    | Todas las áreas se comparan con sus homólogas de otras organizaciones                       |    |    |    |    |     |
| <i>Causas de los resultados</i> | Desconocidas  |   |    |    |    | Evidencia de que algunos resultados se correlacionan con acciones emprendidas previamente |    |    |    |    | Buena evidencia de que muchos resultados se correlacionan con las acciones emprendidas |    |    |    |    | Total evidencia de que los resultados se correlacionan con acciones emprendidas previamente |    |    |    |    |     |

#### Indicadores de rendimiento

*Se miden y analizan indicadores respecto a alguna de las siguientes áreas:*

1- Producto de cartera de servicios.



2- Objetivos del pacto de gestión.



3- Evaluación de la eficiencia de los programas de formación.



4.- Proyectos de mejora desarrollados por el equipo.



5.- Porcentaje de profesionales participantes en los proyectos.



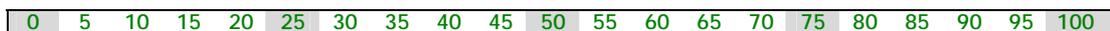
6.- Existencia de un sistema de recepción de sugerencias o de informes de incidencias y grado de utilización.



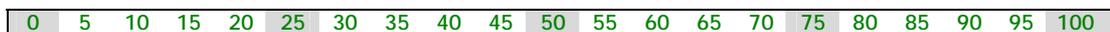
7.- Porcentaje de profesionales que participan activamente en la Formación Continuada del centro (presentación de sesiones, etc)



8.- Porcentaje de respuesta a encuesta a profesionales.



9.- Porcentaje de profesionales que participan o forman parte de grupos de trabajo.



10.- Tasa de absentismo y bajas por enfermedad.



11.-Quejas de profesionales.



**PUNTOS FUERTES:**

**AREAS DE MEJORA:**

## CRITERIO 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

### SUBCRITERIO 8.a

|                                 | 0   | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75  | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---------------------------------|---|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|---|----|----|----|----|-----|
| <i>Tendencias</i>               | Tendencia positiva en algún resultado                                 |   |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados  |    |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados, en los últimos 3 años                      |    |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados, en los últimos 5 años                           |    |    |    |    |     |
| <i>Objetivos</i>                | Se alcanza algún objetivo   |   |    |    |    | Se alcanzan varios objetivos, en distintas áreas de la organización                       |    |    |    |    | Se alcanzan numerosos objetivos en muchas de las áreas                                 |    |    |    |    | Se alcanza la práctica totalidad de objetivos en el 100% de las áreas                       |    |    |    |    |     |
| <i>Comparaciones</i>            | Información anecdótica de alguna comparación con otras organizaciones |   |    |    |    | Existen comparaciones en algunas áreas  |    |    |    |    | La comparación es sistemáticamente hecha en numerosas áreas                            |    |    |    |    | Todas las áreas se comparan con sus homólogas de otras organizaciones                       |    |    |    |    |     |
| <i>Causas de los resultados</i> | Desconocidas  |   |    |    |    | Evidencia de que algunos resultados se correlacionan con acciones emprendidas previamente |    |    |    |    | Buena evidencia de que muchos resultados se correlacionan con las acciones emprendidas |    |    |    |    | Total evidencia de que los resultados se correlacionan con acciones emprendidas previamente |    |    |    |    |     |

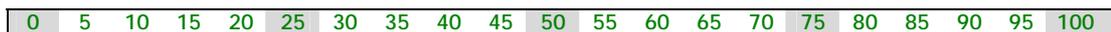
#### Medidas de percepción

*Se han realizado entrevistas a informadores claves, líderes de opinión o representantes sociales, grupos focales, consejos de salud, o encuestas a amplios colectivos para conocer su percepción del centro, referida a:*

1- Sus actividades como miembro responsable de la sociedad: Difusión de información relevante para la sociedad; relación con grupos, asociaciones, instituciones de la zona o autoridades.



2- Implicación en las comunidades donde opera: Implicación en la educación y formación, apoyo a la salud y bienestar.



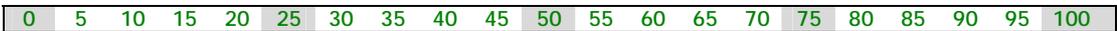
3- Actividades encaminadas a reducir y evitar las molestias y daños provocados por sus actividades y / o durante el ciclo de vida de sus productos.



4.- Información sobre sus actividades para contribuir a la preservación y mantenimiento de los recursos: reducción y eliminación de residuos.



5.- Se han identificado cuáles son los aspectos, logros o servicios del centro que son valorados por la sociedad (nivel local o de la zona).



|                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <p><b>PUNTOS FUERTES:</b></p> | <p><b>AREAS DE MEJORA:</b></p> |
|-------------------------------|--------------------------------|

### SUBCRITERIO 8.b

|                                 | 0   | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75  | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---------------------------------|---|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|---|----|----|----|----|-----|
| <i>Tendencias</i>               | Tendencia positiva en algún resultado                                 |   |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados  |    |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados, en los últimos 3 años                      |    |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados, en los últimos 5 años                           |    |    |    |    |     |
| <i>Objetivos</i>                | Se alcanza algún objetivo   |   |    |    |    | Se alcanzan varios objetivos, en distintas áreas de la organización                       |    |    |    |    | Se alcanzan numerosos objetivos en muchas de las áreas                                 |    |    |    |    | Se alcanza la práctica totalidad de objetivos en el 100% de las áreas                       |    |    |    |    |     |
| <i>Comparaciones</i>            | Información anecdótica de alguna comparación con otras organizaciones |   |    |    |    | Existen comparaciones en algunas áreas  |    |    |    |    | La comparación es sistemáticamente hecha en numerosas áreas                            |    |    |    |    | Todas las áreas se comparan con sus homólogas de otras organizaciones                       |    |    |    |    |     |
| <i>Causas de los resultados</i> | Desconocidas  |   |    |    |    | Evidencia de que algunos resultados se correlacionan con acciones emprendidas previamente |    |    |    |    | Buena evidencia de que muchos resultados se correlacionan con las acciones emprendidas |    |    |    |    | Total evidencia de que los resultados se correlacionan con acciones emprendidas previamente |    |    |    |    |     |

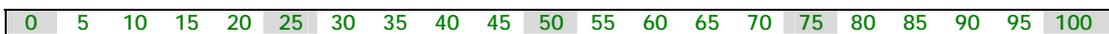
#### Indicadores de rendimiento.

*Se miden y analizan indicadores respecto a alguna de las áreas siguientes:*

1- Colaboración con otras instituciones (por ejemplo, programas de formación en centros educativos)



2- Reconocimientos, felicitaciones y premios recibidos.



PUNTOS FUERTES:

AREAS DE MEJORA:

## CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN

### SUBCRITERIO 9.a

|                                 | 0   | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75  | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---------------------------------|---|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|---|----|----|----|----|-----|
| <i>Tendencias</i>               | Tendencia positiva en algún resultado                                 |   |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados  |    |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados, en los últimos 3 años                      |    |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados, en los últimos 5 años                           |    |    |    |    |     |
| <b>Objetivos</b>                | Se alcanza algún objetivo   |   |    |    |    | Se alcanzan varios objetivos, en distintas áreas de la organización                       |    |    |    |    | Se alcanzan numerosos objetivos en muchas de las áreas                                 |    |    |    |    | Se alcanza la práctica totalidad de objetivos en el 100% de las áreas                       |    |    |    |    |     |
| <b>Comparaciones</b>            | Información anecdótica de alguna comparación con otras organizaciones |   |    |    |    | Existen comparaciones en algunas áreas  |    |    |    |    | La comparación es sistemáticamente hecha en numerosas áreas                            |    |    |    |    | Todas las áreas se comparan con sus homólogas de otras organizaciones                       |    |    |    |    |     |
| <i>Causas de los resultados</i> | Desconocidas  |   |    |    |    | Evidencia de que algunos resultados se correlacionan con acciones emprendidas previamente |    |    |    |    | Buena evidencia de que muchos resultados se correlacionan con las acciones emprendidas |    |    |    |    | Total evidencia de que los resultados se correlacionan con acciones emprendidas previamente |    |    |    |    |     |

### Resultados clave del rendimiento de la organización.

#### *Resultados económicos:*

1- Cumplimiento de presupuesto (capítulo I, capítulo II, capítulo IV)



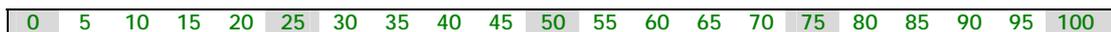
2- Coste por TSI ponderada total y de cada capítulo.



3.- Facturación a terceros



4.- Consumo de pruebas complementarias (laboratorio, radiología) e interconsultas.



#### *Resultados no económicos:*

5.- Producto global de la gerencia.



**PUNTOS FUERTES:**

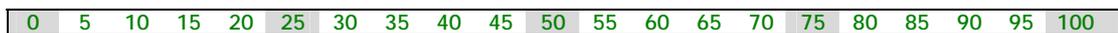
**AREAS DE MEJORA:**

### SUBCRITERIO 9.b

|                                 | 0   | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75  | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |  |
|---------------------------------|---|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|---|----|----|----|----|-----|--|
| <i>Tendencias</i>               |   |   |    |    |    |   |    |    |    |    |  |    |    |    |    |   |    |    |    |    |     |  |
|                                 | Tendencia positiva en algún resultado                                 |   |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados  |    |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados, en los últimos 3 años                      |    |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados, en los últimos 5 años                           |    |    |    |    |     |  |
| <b>Objetivos</b>                | Se alcanza algún objetivo   |   |    |    |    | Se alcanzan varios objetivos, en distintas áreas de la organización                       |    |    |    |    | Se alcanzan numerosos objetivos en muchas de las áreas                                 |    |    |    |    | Se alcanza la práctica totalidad de objetivos en el 100% de las áreas                       |    |    |    |    |     |  |
| <b>Comparaciones</b>            | Información anecdótica de alguna comparación con otras organizaciones |   |    |    |    | Existen comparaciones en algunas áreas  |    |    |    |    | La comparación es sistemáticamente hecha en numerosas áreas                            |    |    |    |    | Todas las áreas se comparan con sus homólogas de otras organizaciones                       |    |    |    |    |     |  |
| <i>Causas de los resultados</i> | Desconocidas  |   |    |    |    | Evidencia de que algunos resultados se correlacionan con acciones emprendidas previamente |    |    |    |    | Buena evidencia de que muchos resultados se correlacionan con las acciones emprendidas |    |    |    |    | Total evidencia de que los resultados se correlacionan con acciones emprendidas previamente |    |    |    |    |     |  |

#### Indicadores clave de rendimiento.

1- Actividad asistencial. Indicadores clave de MG, Pediatría, Enfermería y PAC.



2.- Cartera de servicios. Cobertura de servicios clave y Normas técnicas.



3- Gestión de la demanda: Tiempos de espera y tiempos de atención.



4.- Derivación a atención especializada. Tasa de derivación de IC, RX, LAB y tasa de derivación urgente.



5.- Indicadores de farmacia.



6.-Consumo de materiales (suministros).



**PUNTOS FUERTES:**

**AREAS DE MEJORA:**

## PROCEDIMIENTO PARA LA VALORACIÓN DE LOS SUBCRITERIOS Y LA IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA

El Cuestionario Adaptado tiene dos partes complementarias:

- **Las preguntas.** Que van en consonancia con los criterios y subcriterios del Modelo y amplían o inciden sobre algún aspecto específico. El Cuestionario Adaptado se compone de 159 preguntas.

Así, por ejemplo, una pregunta del criterio 1, subcriterio 1-a, es “los directivos han recibido formación en calidad total”

- **La valoración.** En buena lógica, la valoración debe ser tan sensible como la pregunta. Deberá recoger, para cada pregunta, aspectos tan esenciales como qué se hace, cuántos están implicados, si el asunto está planificado, si se miden resultados, si hay objetivos para esa cuestión, etc.

El procedimiento para la valoración merece ser comentado con detalle.

El modelo EFQM recomienda valorar los diferentes criterios y subcriterios, con independencia del enfoque que se utilice en la autoevaluación, mediante el esquema REDER (Resultados, Enfoques, Evaluación y Revisión). En el fondo, representa la aplicación del ciclo PDCA (ciclo de mejora) a cada uno de los criterios y subcriterios del modelo.

Supone que la organización, para aproximarse lo más posible a la excelencia, tiene que:

- Determinar los Resultados que pretende alcanzar (objetivos), como parte del proceso de elaboración de su política y estrategia (plan estratégico, planes anuales y plurianuales).
- Planificar y desarrollar una serie de Enfoques (sistemas, herramientas) de gestión que le permitan obtener los resultados planificados.
- Desplegar o implantar los enfoques de forma sistemática
- Evaluar y revisar los enfoques en función de los resultados conseguidos.

Para la valoración de los subcriterios agentes (1 a 5) se tendrán en cuenta, en cada Subcriterio y para cada una de las áreas de interés, **el enfoque, el despliegue y la evaluación y revisión.**

La valoración de los subcriterios resultados (6 a 9) supone tener en cuenta, para cada Subcriterio y para cada una de las áreas de interés, el nivel de excelencia del resultado (**tendencias, objetivos, comparaciones, causas**) y del ámbito de aplicación.

A continuación se comentan brevemente cada uno de los apartados citados.

### 1º) LOS AGENTES:

|   | 0  | 5 | 1 | 1 | 2 | 2   | 3 | 3 | 4 | 4 | 5  | 5 | 6 | 6 | 7 | 7  | 8 | 8 | 9 | 9 | 10 |
|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|--|---|---|---|---|----|
|   |  |   | 0 | 5 | 0 | 5   | 0 | 5 | 0 | 5 | 0  | 5 | 0 | 5 | 0 | 5  | 0 | 5 | 0 | 5 | 0  |
| <b>Enfoque</b><br>(se sabe por qué se hace)                       | Fundamentado   |   |   |   |   | Fundamentado  |   |   |   |   | Fundamentado                                       |   |   |   |   | Fundamentado                                       |   |   |   |   |    |
|   | Parcialmente integrado en las actividades cotidianas |   |   |   |   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas                                |   |   |   |   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |   |   |   |   | Totalmente integrado en las actividades cotidianas |   |   |   |   |    |
| <b>Despliegue</b><br>(cuántos lo conocen)                         | Implantación escasa                                  |   |   |   |   | Implantación en el 50 % de la organización  |   |   |   |   | Implantación en el 75 % de la organización         |   |   |   |   | Implantación total                                 |   |   |   |   |    |
|   | Escasamente sistematizado y estructurado             |   |   |   |   | Adecuada sistematización del despliegue: el asunto tiene una planificación previa |   |   |   |   | En gran medida, sistemático                        |   |   |   |   | Totalmente estructurado                            |   |   |   |   |    |
|   | Actuaciones predominantemente reactivas              |   |   |   |   | Actuaciones predominantemente proactivas, de anticipación                         |   |   |   |   | Actuación totalmente proactiva                     |   |   |   |   | Actuación totalmente proactiva                     |   |   |   |   |    |
| <b>Evaluación y revisión</b><br>(se mide, se aprende y se mejora) | Hay alguna medición                                  |   |   |   |   | Alto nivel de medición. Hay acciones en función de los resultados.                |   |   |   |   | La revisión y mejora son sistemáticas.             |   |   |   |   | La revisión y mejora son sistemáticas.             |   |   |   |   |    |

1º) **Enfoque:** Representa lo que está haciendo, o piensa hacer, la organización y las razones para ello. La valoración de este elemento tendrá en cuenta los siguientes atributos:

- a) **Diseño:** ¿Sé lo que hago y por qué? ¿Resuelve algo? ¿Tiene lógica? ¿Está documentado? ¿Se describen suficientemente los procesos que contiene el plan: Responsables, plazos, etc.? ¿Se han tenido en cuenta en el diseño del plan las necesidades de los clientes y/o grupos de interés? ¿Es coherente y está planteado a medio-largo plazo? ¿es flexible?
- b) **Integración:** ¿Está vinculado con otros enfoques? ¿Es coherente con la estrategia de la organización? ¿Se integra fácilmente en las operaciones normales de la organización?

2º) **Despliegue:** Representa lo que hace la organización para poner en marcha los diferentes enfoques. Su valoración tiene en cuenta los siguientes atributos:

- a) **Grado de implantación:** ¿Es conocido y aplicado en todas las áreas, centros, niveles, afectados por el plan?
- b) **Sistemático:** ¿se ha planificado la implantación? ¿Se han realizado las medidas necesarias para garantizar la implantación: formación, comunicación, etc.? ¿Ha sido entendido por los profesionales/grupos de interés a los que se dirige?

3º) **Evaluación y Revisión:** Hace referencia a lo que hace la organización para revisar el enfoque y el despliegue del mismo. ¿Cómo comprueba si funcionan los diferentes enfoques? ¿Existe una sistemática de revisión y cambio? Su valoración contempla los siguientes atributos:

- a) **Medidas:** Se identifican y realizan las mediciones oportunas para conocer si el plan alcanza los objetivos previstos y para conocer el grado de implantación del mismo.
- b) **Aprendizaje:** Se comparan las medidas con las que alcanzan otros centros similares, considerados los mejores del sector, o se obtiene información de referencia que nos permita **aprender** acerca de la efectividad de los enfoques.

- c) **Mejora:** El resultado de las medidas y del aprendizaje se utiliza para identificar oportunidades de mejora, establecer prioridades, planificar cambios e implantar las acciones de mejora.

## 2º) LOS RESULTADOS

|                                 | 0   | 5 | 10 | 15 | 20 | 25  | 30 | 35 | 40 | 45 | 50   | 55 | 60 | 65 | 70 | 75  | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|---------------------------------|---|---|----|----|----|---|----|----|----|----|--|----|----|----|----|---|----|----|----|----|-----|
| <i>Tendencias</i>               | Tendencia positiva en algún resultado                                 |   |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados  |    |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados, en los últimos 3 años                      |    |    |    |    | Tendencia positiva en numerosos resultados, en los últimos 5 años                           |    |    |    |    |     |
| <i>Objetivos</i>                | Se alcanza algún objetivo   |   |    |    |    | Se alcanzan varios objetivos, en distintas áreas de la organización                       |    |    |    |    | Se alcanzan numerosos objetivos en muchas de las áreas                                 |    |    |    |    | Se alcanza la práctica totalidad de objetivos en el 100% de las áreas                       |    |    |    |    |     |
| <i>Comparaciones</i>            | Información anecdótica de alguna comparación con otras organizaciones |   |    |    |    | Existen comparaciones en algunas áreas  |    |    |    |    | La comparación es sistemáticamente hecha en numerosas áreas                            |    |    |    |    | Todas las áreas se comparan con sus homólogas de otras organizaciones                       |    |    |    |    |     |
| <i>Causas de los resultados</i> | Desconocidas  |   |    |    |    | Evidencia de que algunos resultados se correlacionan con acciones emprendidas previamente |    |    |    |    | Buena evidencia de que muchos resultados se correlacionan con las acciones emprendidas |    |    |    |    | Total evidencia de que los resultados se correlacionan con acciones emprendidas previamente |    |    |    |    |     |

La valoración de los resultados alcanzados por la organización se realiza teniendo en cuenta los siguientes atributos:

- a) **Tendencia en el tiempo:** ¿los resultados son favorables a lo largo del tiempo?

- b) **Objetivos:** ¿Existen objetivos? ¿Son apropiados? ¿Se alcanzan? ¿En algunas áreas o en muchas?
- c) **Comparaciones:** ¿Se realizan comparaciones con los resultados obtenidos por otros centros similares? ¿Se realizan comparaciones con “los mejores”? ¿Las comparaciones son favorables en algunas o muchas áreas?
- d) **Causas:** ¿Los resultados son consecuencia de los enfoques adoptados? ¿Sólo en algunos casos o en muchos?
- e) **Ámbito de aplicación:** ¿A qué áreas de la organización afectan los resultados? ¿Son relevantes los resultados obtenidos? ¿Faltan áreas clave en los resultados presentados? (en el cuadro puede aceptarse que “ámbito de aplicación” puede estar reflejado indirectamente en “objetivos”)

## INSTRUCCIONES GENERALES

Quando el cuestionario nos pregunte si “los directivos han recibido formación en calidad total”, tendremos que observar el cuadro REDER número 1 (criterio de agentes), y analizar ese enunciado en cuanto enfoque, despliegue y evaluación-revisión.

Los cuatro tramos o escalones del cuadro REDER facilitan al evaluador el fijar cuál es la situación de la organización respecto al enunciado de la pregunta.

La escala 0-100 que acompaña al cuadro REDER y a cada pregunta no es propiamente el objetivo del cuestionario. Lo útil es la valoración de puntos fuertes y áreas de mejora.

A juicio de los autores, el orden debiera ser:

1. **Análisis y puesta en común de los puntos fuertes y áreas de mejora del Subcriterio.** El Cuadro REDER facilita a cada evaluador una evidencia de la situación de la organización respecto a cada pregunta (primer tramo, segundo tramo, etc.); ese proceso, realizado de forma sistemática, permite llegar a los puntos fuertes y áreas de mejora.
2. **Una vez realizado lo anterior, puede plantearse concluir el análisis con la puntuación.** El establecer una puntuación es opcional y quedará a criterio de los responsables. En otra parte de esta Guía se analizan las ventajas y las precauciones que hay que tener presentes si se opta por ir más allá del

análisis cualitativo (detección de puntos fuertes y áreas de mejora) y concluir el análisis con una puntuación.

El Cuestionario debe cumplimentarse por cada uno de los evaluadores y posteriormente se deberán contrastar los resultados obtenidos en una reunión de todo el equipo de evaluadores. Esta fase de consenso debe ser moderada y coordinada por una persona formada y con experiencia en la aplicación del modelo EFQM.



## 5. RECOMENDACIONES PARA LA APLICACIÓN DEL MODELO EFQM EN ATENCIÓN PRIMARIA

La propuesta de adaptación del modelo europeo de excelencia presentada en los puntos anteriores tendría escaso interés si no somos capaces de:

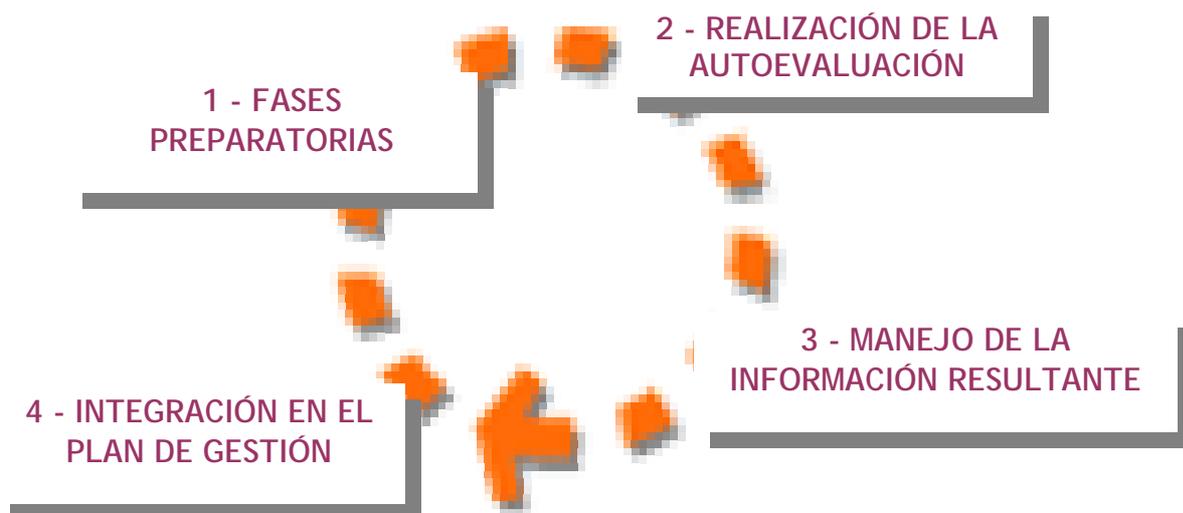
1º) Plantear una **estrategia de implantación** del proceso de autoevaluación que sea, a la vez, viable, accesible y útil para cualquier nivel dentro de nuestro ámbito, y especialmente para centros de salud y áreas de atención primaria. Dicha estrategia utiliza principalmente el enfoque del cuestionario específico como herramienta de autoevaluación, recogiendo parcialmente aspectos del enfoque del "grupo de trabajo", permitiendo identificar y priorizar un conjunto de áreas de mejora y proponer planes de mejora.

*Aun cuando la propuesta de adaptación que se presenta es susceptible de aplicación tanto en centros de salud como en Áreas de Atención Primaria, recomendamos comenzar su aplicación por los directivos y gestores del Área, con la participación de los profesionales, y posteriormente aplicarlo en centros de salud que reúnan los requisitos que se comentan en los apartados siguientes.*

2º) Comprender que el **proceso de autoevaluación** no es más que una parte dentro de un todo sin el cual pierde sentido. El conjunto está formado por todas las estrategias orientadas a garantizar la planificación e implantación del sistema de calidad de la organización: los planes de formación, de comunicación, los cambios en la estructura organizativa, la descentralización, o las estrategias de certificación de la calidad, que constituyen el reconocimiento formal (ya sea por la propia institución o por entidades independientes) del esfuerzo realizado. De hecho, la autoevaluación utilizando el modelo europeo puede suponer un estímulo para la organización: por un lado, porque supone un modelo de referencia, y por otro, porque constituye una herramienta de diagnóstico de la organización.

*Es en la estrategia de implantación, más aún que en la adaptación de la estructura del modelo, en la que hay que tener en cuenta las especificidades del sector sanitario: en este sentido en nuestro planteamiento hay un núcleo central (el profesional sanitario y su encuentro con el usuario) fundamentalmente clínico, alrededor del cual se construye un entramado, encargado de proporcionar apoyo, guías, recursos y herramientas, que garantizan la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos clínicos, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas del cliente.*

Se describirán sucesivamente las diferentes fases de aplicación del modelo:



Por sus potencialidades, una autoevaluación EFQM debería ser algo de mucho más calado que un mero ejercicio teórico sin repercusión posterior.

Es esencial **planificar cuidadosamente todo el proceso**, desde las fases preparatorias (formación, logística, evidencias de implicación de los niveles directivos), pasando por la propia autoevaluación, hasta su conclusión en un plan de mejora que debe ir necesariamente ligado al resto de elementos de la planificación operativa.

A título orientativo, se muestran los diferentes niveles de implicación necesaria de la organización en cada una de las fases del proceso.

|   | Nivel de implicación necesario |                         |                                    |
|---|--------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
|   | <i>Servicios Centrales</i>     | <i>Gerencia de Área</i> | <i>Equipo de Atención Primaria</i> |
| Respaldo institucional /Aceptación del proceso              | ...                            | ...                     |                                    |
| Formación y apoyo logístico                                 | ...                            | ..                      |                                    |
| Apoyo de la Comisión de Calidad (*)                         |                                | ...                     | ...                                |
| Realización de la Autoevaluación (*)                        |                                | ...                     | ...                                |
| Identificación y priorización de AM. Análisis de causas (*) |                                | ...                     | ...                                |
| Integración en el Plan de Gestión                           | ...                            | ..                      | .                                  |

(\*) El nivel de implicación dependerá de si la Autoevaluación EFQM se realiza en un EAP mediante su Comisión de Calidad, o bien, si se realiza en un Área y se centraliza en la Comisión de Calidad del Área de la GAP.

## FASES PREPARATORIAS

Las fases preparatorias son esenciales: en conjunto, garantizan el cumplimiento de las condiciones idóneas para iniciar el proyecto y concluyen con la constitución del grupo de evaluadores. Es necesario contemplar los siguientes elementos:

### 1. RESPALDO INSTITUCIONAL

El respaldo institucional debe ser claro y sin fisuras.

Debe ser evidente tanto en la implementación de la política de calidad (estrategias de reconocimiento e incentivación de los proyectos de mejora, sistemas de certificación de centros o áreas de atención primaria...) como en las diferentes fases del proceso de Autoevaluación (promoción de la herramienta, formación y logística, integración de los resultados en el Plan de Gestión)

El respaldo institucional influye positivamente sobre los niveles de dirección y gestión, elemento decisivo como veremos a continuación.

Supone un reconocimiento formal del modelo como guía de referencia y una apuesta por la excelencia de los servicios sanitarios públicos.

### 2. ACEPTACIÓN POR PARTE DE GESTORES Y PROFESIONALES

Esta fase es decisiva y afecta tanto a los gestores como a los profesionales: sin aquellos, los proyectos de mejora suponen, en el mejor de los casos, experiencias aisladas; sin éstos, los planes se reproducen y crean una cultura propia de la gestión, mientras la práctica clínica sigue su propio camino (experiencia común en los últimos años). En esta estrategia apostamos por el encuentro, desde el principio, de gestores y profesionales.

Los factores que influyen, positiva o negativamente, en la mayor o menor aceptación por parte de los gestores y profesionales a intervenir en el proceso, son tan variados como lo es la historia de cada organización, de ahí que estructurar estrategias válidas a gran escala es arriesgado. La mejora de la calidad asistencial, el apoyo de la cultura de la calidad por parte de las Sociedades Científicas y de líderes de reconocido prestigio y las experiencias concretas en determinados

centros, son elementos que inciden positivamente en el grado de aceptación por parte de los profesionales. En el caso de los gestores, es sobre todo la política institucional y los sistemas de reconocimiento o certificación, los factores más relevantes, con carácter general.

### 3. APOYO DE LA COMISIÓN DE CALIDAD

Aunque la calidad de la atención es responsabilidad de todos, para que un proyecto de autoevaluación y un Plan de Mejora sea efectivo debe ser impulsado por un grupo de mejora de la calidad o Comisión de Calidad (CC).

Aun cuando se discute, por algunos autores, la necesidad de este grupo (así como también la propia existencia de "Planes" de calidad, lo cual supone un mal síntoma de que algo no funciona) lo cierto es que las organizaciones que pretenden "despegar" e incorporar innovaciones necesitan líderes y órganos que centralicen y canalicen las actividades de calidad y es efectivo, además, que dichos órganos dispongan de sistemas de organización y funcionamiento claros y definidos.

La CC es un equipo de mejora permanente que promueve, centraliza, planifica, monitoriza, dinamiza, informa, globaliza, integra y coordina las actividades de mejora de la calidad.

Sea la Comisión de Calidad del EAP o del Área la que centralice la Autoevaluación (en el primer caso si se opta por contrastar el Modelo EFQM frente a un EAP, en el segundo caso si se desea contrastar el Modelo frente a la Gerencia de AP), dicha comisión debe ser multidisciplinar.

### 4. LA FORMACIÓN Y EL APOYO LOGÍSTICO

Es necesario, también, destinar los recursos y el apoyo logístico que haga posible la realización del proyecto y sobre todo que el personal implicado reciba una formación básica en los principios de la Calidad Total y que el equipo de evaluadores asista a un seminario sobre la aplicación del modelo EFQM desarrollando un supuesto práctico.

**La Selección del equipo de evaluación es un momento decisivo del proyecto:** Estará constituido por los profesionales y por personal del equipo de dirección, en un número que puede oscilar entre 6 y 15 personas (en el caso de que deseen participar más personas podrán constituirse dos grupos). El equipo de evaluadores deberá comprometerse a dedicar el tiempo necesario a la realización

del ensayo. Una vez constituido el equipo de evaluadores se procederá a presentar el Modelo, los objetivos del proyecto, el Cuestionario Adaptado a AP que se va aplicar y la metodología, junto con las instrucciones para la cumplimentación del cuestionario.

La clave consiste en implicar a los profesionales y a los directivos y clarificar los **objetivos** del proyecto:

- \* Obtener una **visión global de puntos fuertes y áreas de mejora**, en una reflexión realizada por profesionales asistenciales y del equipo directivo.

- \* Transformar la información resultante de la autoevaluación en un **despliegue de objetivos para el siguiente año**, a diferentes niveles de la organización.

- \* **Formación en los métodos de la Mejora Continua** a los profesionales que participarán en la autoevaluación.

Por último, realizar una autoevaluación EFQM es una demostración ante el resto de la organización del compromiso con la Calidad del centro o del Área de salud.

**La formación básica** del grupo de evaluación debe contemplar los principios de la calidad total y no debe ser inferior a 8 horas. La formación específica dependerá de la formación y experiencias del grupo pero, en todo caso, incluirá los objetivos, los criterios, el método de valoración y el cuestionario.

## REALIZACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN

La realización de la autoevaluación incluye las siguientes fases:

**Fase de evaluación individual:** cada componente del equipo de evaluación cumplimentará el cuestionario de evaluación, de acuerdo a las normas establecidas.

**Fase de consenso:** Puesta en común de los resultados de la evaluación individual y determinación de áreas de mejora y puntos fuertes para cada subcriterio. La fase de consenso concluirá con la priorización de Áreas de mejora y las recomendaciones relativas a los planes de mejora. Esta fase puede requerir la asesoría técnica de personal formado en el modelo EFQM.

**Redacción del informe de autoevaluación:** En el que se incluirá un resumen del proceso realizado, junto con la/s propuesta/s de mejora derivadas del mismo.

## TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN RESULTANTE DE LA AUTOEVALUACIÓN: EL PLAN DE MEJORA

Esta fase consiste en identificar, definir y priorizar las áreas a mejorar. Una vez seleccionada la oportunidad o problema, se estudian y diagnostican las posibles causas y se analizan las intervenciones oportunas.

Se diseñan proyectos concretos, realizados por grupos o equipos de mejora, en un tiempo y con unos objetivos definidos. Lo sustancial de este método de trabajo es el diagnóstico del problema, que puede requerir estudios adicionales, y la puesta en marcha de medidas correctoras.

*La responsabilidad de esta fase corresponderá al nivel que decida el equipo directivo responsable del proyecto:*

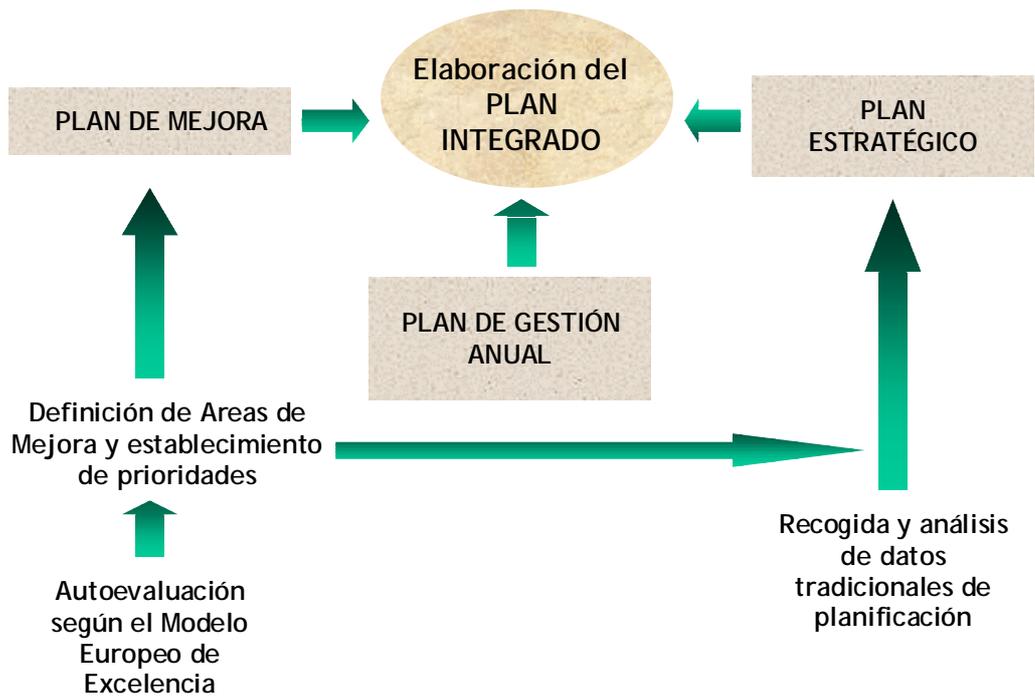
*Si se realiza una Autoevaluación EFQM a nivel de EAP, la información resultante del grupo de evaluadores -como se ha comentado, la comisión de calidad del centro- puede ser trabajada por el mismo grupo, en coordinación con el equipo directivo de la Gerencia. Mientras que la CC del centro puede aportar correctos y certeros análisis de causas, la Gerencia tiene más capacidad para transformar esas aportaciones en Acciones de Mejora efectivas y factibles.*

*Si se realiza una Autoevaluación EFQM a nivel de Área, la información resultante de la autoevaluación (en este caso, centralizada en la comisión de calidad de área) puede ser trabajada directamente por el equipo directivo de la Gerencia, siendo deseable que las Acciones de Mejora que se diseñen sean compartidas y participadas por los diferentes EAP.*

## VALIDACIÓN E INTEGRACIÓN EN EL PLAN DE GESTIÓN

Este aspecto es crucial.

Aunque será comentado en el capítulo siguiente, hay que recalcar que la **implicación de los servicios centrales es indispensable** (deben ser capaces de integrar la información resultante en el Plan de Gestión anual), así como que este punto tiene una repercusión enorme sobre la credibilidad y el propio futuro de la herramienta en esa organización.



## 6. LAS PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

- “Las siete y media es un juego

- ¿Un juego?

- Y un juego vil,  
que no hay que jugarlo a ciegas.  
Pues juegas cien veces, mil,  
y de las mil ves, febril,  
que o te pasas o no llegas.

Y el no llegar da dolor  
porque indica que mal tasas.  
Pero ¡ay de ti si te pasas!  
¡Si te pasas es peor!”

(Pedro Muñoz Seca: “La venganza de don Mendo”)

La aventura EFQM tiene un riesgo. Es el riesgo de hacerlo mal.

La clave está en ser conscientes de que estamos hablando de dos cosas:

De un lado, la herramienta.

Y de otro lado, las personas implicadas en la Autoevaluación, de quienes se espera que desaten su potencial de mejora de la organización. Precisamente esto, el factor humano, confiere unos matices especiales a la planificación de la Autoevaluación. Hay valores, códigos ocultos, reglas no escritas, modos informales de comunicación, que hacen que una herramienta pueda ser más efectiva en unos lugares que en otros.

El Plan de Autoevaluación EFQM debe ser cuidadosamente diseñado, prestando atención *no sólo a los requerimientos que surgen de la herramienta* (formación, acceso a datos, tabulación y estadísticas, etc) sino también a *cómo es la organización en la que trabajamos*.

Como en el juego de las siete y media, podemos pasarnos o no llegar.

A continuación se plantean seis reflexiones, que han surgido durante la realización de una experiencia EFQM. Algunas son metodológicas, y otras, de enfoque directivo. Probablemente las respuestas no sean únicas, sino que cada organización deberá buscar su camino para rentabilizar al máximo la autoevaluación EFQM.

## Pregunta 1: El ámbito de aplicación: ¿EAP? ¿Área?

Es sabido que la Autoevaluación puede realizarse en diferentes partes de una organización, o en la organización en su conjunto. Llevado a extremo, incluso hay expertos que defienden la utilización individual de la herramienta:

*“Si fuera posible convencerse de que el Modelo es útil para su uso individual, incluso para un peón albañil, estaríamos convencidos de que su aplicación al mundo empresarial podría ser importante”*

*(Ricardo Castella, Calidad Corporativa UNIÓN FENOSA)*

*En nuestras organizaciones de atención primaria,*

*¿Dónde establecemos el punto de corte en su aplicabilidad?*

*¿Dónde se muestra más coste-efectiva la autoevaluación?*

*¿A nivel de EAP? ¿A nivel de Gerencia?*

Reflexiones sobre el nivel de aplicabilidad de la Autoevaluación EFQM

|                       | <b>APLICACIÓN EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA</b>   | <b>APLICACIÓN EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA</b>   |
|-----------------------|---|--|
| <b>VENTAJAS</b>       | <p><i>Se implica todo el equipo</i></p> <p><i>El equipo comparte conocimiento y madura</i></p> <p><i>Se facilita la implantación de medidas correctoras</i></p>   | <p><i>Buena fórmula para implicar a los directivos en la Mejora Continua</i></p> <p><i>Si está centralizado en la Gerencia (p. e., en la Comisión de Calidad de Área) se puede absorber mejor la carga de trabajo</i></p> <p><i>Una vez obtenidos resultados, es más fácil mover a la acción (mediante los pactos de gestión con las Unidades)</i></p> |
| <b>INCONVENIENTES</b> | <p><i>Supone una alta carga de tiempo y trabajo, añadida a la actividad cotidiana</i></p> <p><i>Dificultades de acceso a información</i></p> <p><i>Una vez obtenidos resultados, es limitada la capacidad para introducir medidas de mejora</i></p> | <p><i>Hay una menor implicación de los Centros, pues la participación se reduce a uno o a pocos representantes de cada Centro</i></p>  |

## Pregunta 2:

### ¿Cómo garantizar un nivel similar de información de los miembros del equipo evaluador?

Independientemente del formato escogido (a nivel de EAP o de área, con formulario o con cuestionario, con puntuación o sin puntuación), es necesario controlar el proceso de inicio a fin.

Dado que pueden provenir -aun dentro de una misma Gerencia de AP- de diferentes ámbitos profesionales: un auxiliar administrativo, un trabajador social, un médico de familia, un enfermero, el coordinador de la Unidad Docente, el director médico... un punto clave es garantizar que todos los componentes del equipo evaluador posean un *nivel similar de información*.

¿Conoce el auxiliar administrativo el grado de sistematización de unos procesos clave como son los Servicios de Cartera? ¿Conoce el médico de familia qué es lo que se hace en materia de gestión de las reclamaciones?

#### PREGUNTA:

*¿Cómo asegurar que se posea un nivel similar de información en un grupo heterogéneo en cuanto estamentos profesionales?*

Las respuestas serán lógicamente no excluyentes:

- Lectura detenida del documento de autoevaluación por parte de cada miembro y solicitar información al Coordinador del Grupo.
- Preparación de *dossier* específicos por áreas funcionales (Cartera de Servicios, Área de Gestión y Servicios Generales, servicios del Área de Admisión de los Centros...) o por criterios del Modelo.
- El Plan Estratégico es un documento de consulta muy útil para la Autoevaluación EFQM.
- Reuniones del Grupo, previas a la cumplimentación, en las que se analicen y se dé una interpretación común a las preguntas y se aporte la información que sea precisa.

**Pregunta 3:**  
**¿Qué ventajas e inconvenientes tiene la puntuación?**

La autoevaluación puede ser impecable metodológicamente y útil, tanto si se efectúa mediante un enfoque por formulario o por cuestionario, como si concluye en un análisis cualitativo de puntos fuertes y áreas de mejora o en una puntuación.

**PREGUNTAS:**

*¿Nos quedamos en lo cualitativo?*  
*¿Qué nos aportaría llegar a una puntuación?*

*Reflexiones sobre la puntuación EFQM*

|   |  |
|---|--|
|                                |   |
| <p>La puntuación permite fotografiar adecuadamente cada pregunta.</p>   | <p>La puntuación obliga a ser especialmente cuidadoso y meticuloso.</p>  |
| <p>La puntuación permite la comparación de una organización consigo misma, y documentar mejoras en el tiempo.</p> | <p>Es importante dejar claros los criterios seguidos, para poder hacer otro ejercicio en el futuro que sea comparable.</p> |
| <p>La puntuación puede ser tan buena como el equipo evaluador.</p>  | <p>La puntuación puede ser tan mala como el equipo evaluador.</p>  |
|   | <p>Si se plantea llegar a la puntuación en varios EAP o gerencias, ojo al fenómeno de "¡TONTO EL ÚLTIMO EFQM!"</p>         |

#### Pregunta 4:

#### ¿Cómo enfocar el consenso, si se ha hecho puntuación y hay puntuaciones muy discrepantes?

La media tiene la ventaja de ser un valor central pero el inconveniente de que integra y hace desaparecer los valores extremos.

Ante una pregunta en la que, por ejemplo, un componente del grupo ha puntuado como 10 y otro, 50, ¿hay que aceptar la media del grupo de 24, sin más? O bien, ¿hay que anotar esa pregunta para llevarla a la reunión de consenso?

#### PREGUNTAS:

¿Qué respuestas hay que consensuar?

¿Qué se entiende por consensuar? ¿Que el más discrepante, los dos más discrepantes, los cinco más discrepantes, todos, modifiquen su puntuación inicial?

La respuesta a la primera pregunta:

Se puede seguir el criterio del *rango* (y así, seleccionar las preguntas cuyo rango de puntuaciones sea superior, por ejemplo, a 30).

Otra opción es el criterio de la *dispersión de las respuestas*, que no coincide exactamente con el anterior (y así, seleccionaríamos las preguntas con una desviación estándar en las respuestas superior, por ejemplo, a 15).

O bien, utilizar ambos criterios: preguntas cuyo rango de respuestas sea superior a X, y las preguntas cuya DS en las respuestas sea superior a Y.

La segunda pregunta: ¿Qué se entiende por consensuar?

En una o a lo sumo dos reuniones, una vez seleccionadas las preguntas, se defienden las puntuaciones. Tanto el que puntuó como 5 como el que puntuó 40. Se pueden aportar datos y razonamientos.

A la vista de lo expuesto, alguno o varios pueden modificar su puntuación, sea al alza o a la baja. O puede que no haya modificaciones y se mantengan las puntuaciones previas, con lo que se pasa a la siguiente pregunta.

Se sobreentiende que en ningún caso es obligatorio para nadie modificar la puntuación previa.

Una opción razonable es *trabajar sobre las medias*:

Por ejemplo, en una pregunta, la media del grupo ha sido 23, y esa pregunta cumple los criterios para ser debatida en la reunión de consenso.

Se lanza la pregunta: ¿estamos de acuerdo con ese resultado? ¿Es correcto que nos posicionemos esa pregunta al final del primer escalón? Puede que el grupo decida que una ubicación más correcta fuese el comienzo del segundo escalón, por ejemplo, 26. Con arreglo al debate, algunos miembros pueden quizá modificar su puntuación y se va observando la media resultante, hasta llegar a ese 26 que ha decidido el grupo.

## Pregunta 5: ¿Cómo plantear el asunto de las acciones de mejora?

Las reflexiones surgidas de la autoevaluación se expresan en forma cualitativa (puntos fuertes/áreas de mejora) y/o en forma cuantitativa (puntuación mediante cualquiera de las escalas).

Las Acciones de Mejora son la traducción operativa de esas reflexiones.

### PREGUNTAS:

*¿Quién debe establecer las Acciones de Mejora?*

*¿El propio equipo que ha hecho la autoevaluación?*

*O bien, ¿el papel del equipo evaluador debe concluir en la fase de análisis y pasar la responsabilidad de definir Acciones de Mejora al equipo directivo?*

*¿Cuántas Acciones de Mejora son esperables-deseables?*

*¿10, 20... 200?*

*(De nuevo, las siete y media: el riesgo de no llegar o de "pasarnos tres pueblos")*

*Ahí "se la juega" la organización, pues las Acciones de Mejora tienen una importancia capital debida a una doble vertiente:*

- *Supone implícitamente un compromiso de ejecución por parte del equipo directivo*
- *Supone la solución a una parte de nuestras deficiencias*

*La fase de Definición de las Acciones de Mejora debe hacerse con una cautela especial, pues implica conocer muy a fondo la organización para plantear actuaciones factibles y efectivas. Por ello, tanto en el formato "Autoevaluación EAP" como en el formato "Autoevaluación Área", en esta fase deben estar presentes tanto la comisión de calidad del centro como el equipo directivo de la Gerencia.*

Independiente de la cifra -puede ser variable pero debe ser asumible- hay que establecer por escrito una priorización, una asignación de responsabilidades y un cronograma para cada Acción de Mejora.

## Pregunta 6: Todo esto, ¿tendrá alguna repercusión sobre la actividad futura del centro o área?

Es la fase que hemos denominado de “Integración de la Autoevaluación en el Plan de Gestión”.

Las repercusiones de un ejercicio de Autoevaluación sobre la organización en su conjunto tienen que ver con el enfoque, con la perspectiva que tiene la alta dirección de la organización respecto a esta herramienta de mejora global.

### PREGUNTA:

*¿Puede ocurrir que un EAP o una Gerencia de AP realicen una autoevaluación, y su planificación operativa (el Plan o Contrato de Gestión) se diseñe yendo por otro lado?*

El EFQM sienta las bases de la planificación operativa del EAP o de la Gerencia. De forma similar y complementaria a un Plan Estratégico, es una reflexión sobre quiénes somos y cómo mejorar nuestros resultados como organización, en absoluta consonancia con la estrategia de la organización en su conjunto.

El papel que quiera dar la alta dirección al uso de esta herramienta, probablemente condicione los resultados futuros, en uno u otro sentido.

## ANEXO: GLOSARIO DE TÉRMINOS

**ACREDITACIÓN** Procedimiento por el cual un organismo oficial e independiente da conformidad de que se cumplen las exigencias de un modelo determinado.

*En los servicios sanitarios, el término se ha empleado como sinónimo de certificación (actividad voluntaria, en la que un organismo "acreditador" se encarga de asegurar que un sistema de calidad cumple unos requisitos determinados).*

**ALIADOS O PARTENERS** Colectivos con los que se establecen líneas de colaboración que incrementan el valor añadido para el cliente. Todos los grupos de interés pueden potencialmente establecer relaciones de colaboración con la organización. En atención primaria algunos aliados conocidos podrían ser: asociaciones de diabéticos, sociedad de lucha contra el cáncer, sociedades profesionales, etc.

**APRENDIZAJE** Adquisición y comprensión de la información, que constituye la base de la mejora continua y el cambio. El aprendizaje organizacional utiliza varias actividades, como el benchmarking, las evaluaciones y auditorías, los estudios de mejores prácticas, etc.

**ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD** Enfoque según el cual la organización garantiza que los productos o servicios son conformes a las normas establecidas. Implica la existencia de un conjunto de normas y la comprobación de su cumplimiento mediante auditorías. Tiene por objetivo prevenir las desviaciones en los procesos o servicios.

**AUDITORIA** Es la evaluación o examen para determinar si se satisfacen los requisitos establecidos de un determinado producto o servicio, un proceso o un sistema en su globalidad.

**AUTOEVALUACIÓN** Examen global y sistemático de las actividades y resultados de la organización para determinar puntos fuertes y áreas de mejora. Implica su comparación con un modelo de excelencia (EFQM, estándares de calidad, normas ISO, etc). Su objetivo es planificar líneas de mejora y realizar su seguimiento para determinar el progreso alcanzado.

**BENCHMARKING** Proceso continuado y analítico para medir de forma sistemática las actividades, procesos, operaciones y prácticas de la propia organización frente a otras similares y singularmente las reconocidas como líderes o excelentes.

**CALIDAD** Conjunto de características de un producto o servicio que le confieren la aptitud para satisfacer establecidas y/o implícitas.

**CADENA DE VALOR** En el mapa de procesos de la organización, es posible visualizar el valor añadido que se pone de manifiesto en las diferentes relaciones cliente-proveedor.

**CALIDAD TOTAL** Enfoque de la calidad que persigue la satisfacción de los clientes, a través de la implicación de todas las personas y la mejora continua de los procesos. Hace referencia a la calidad del sistema de gestión de la organización y no sólo a la calidad del producto.

**CERTIFICACIÓN** Es la acción llevada a cabo por una entidad reconocida como independiente, manifestando que un producto, proceso o servicio, debidamente identificado, es conforme con una norma o documento normalizado.

**CLIENTE** Destinatario de los productos, servicios o procesos de una organización, unidad o persona.

- CLIENTE EXTERNO** Destinatario final de los productos y servicios de una organización.
- CLIENTE INTERNO** Persona de la organización que constituye a su vez el destinatario de un servicio, proceso o producto de una unidad o persona.
- CONFORMIDAD** Cumplimiento de los requisitos establecidos.
- CONOCIMIENTO** El conocimiento es lo que permite transformar en acción de mejora la disponibilidad de información. Conocimiento es la información que posee valor para la organización
- CONTROL DE CALIDAD** Proceso por el cual se compara un producto, proceso o servicio con un estándar para determinar su conformidad. Tiene por objeto detectar problemas en los procesos o servicios.
- CRITERIO** Pauta o norma de calidad, referida a las actividades o a los resultados.
- CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN** Conjunto de premisas, valores y normas de comportamiento que dominan las relaciones internas en la organización y las relaciones entre ésta y el exterior.
- DESEMPEÑO** Evaluación individual de las personas en la organización, relacionada con la realización de las actividades necesarias para alcanzar los objetivos. Implica establecer una norma o criterio de evaluación, un proceso de observación o auditoria, una comparación entre lo observado y la norma y un juicio de valor.
- DESPLIEGUE** Implantación de un plan, política o línea estratégica. Incluye diferentes procesos que garanticen la puesta en marcha del plan: comunicación a los afectados, formación, asignación de recursos, etc.
- DIAGRAMA DE AFINIDADES** Herramienta para identificar problemas de calidad, similar a la tormenta de ideas y al grupo nominal, que resulta útil cuando se precisa ordenar ideas procedentes de fuentes de información dispares.
- DIAGRAMA DE CAUSA-EFECTO** Herramienta que se utiliza sobre todo para investigar las causas probables de un problema de calidad.
- DIAGRAMA DE FLUJO** Gráfica que permite visualizar las diferentes etapas de un proceso y las relaciones proveedor - cliente.
- DIAGRAMA DE PARETO** Está basado en el principio de Pareto y representa mediante un diagrama de barras los problemas más relevantes o las causas más importantes de un problema.
- EMPOWERMENT** Enfoque que persigue la implicación de las personas, su motivación, formación y los recursos necesarios para que aquellas decidan la mejor forma de desarrollar su trabajo y alcanzar los objetivos de la organización.
- ESQUEMA DE PROCESOS CLAVE** Mapa de procesos de la organización, en el que se define la estructura y se documentan los procesos clave.
- ESTÁNDAR DE CALIDAD** Nivel que debe ser alcanzado en un producto, servicio o proceso para alcanzar los requerimientos aceptables en calidad, coste o tiempo.

**ESTRATEGIA DE LA ORGANIZACIÓN** Conjunto de objetivos y de las políticas y planes necesarios para alcanzarlos, que define los servicios que se van a prestar y la forma de su prestación.

**EXCELENCIA** Forma de actuar de las organizaciones que se orientan a la satisfacción de los clientes y cumplen sus objetivos, siendo líderes en su sector.

**FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO** Factores (actividades, recursos, variables, etc.) que resultan críticos para el éxito de una organización o de un proceso.

**GESTIÓN DE CALIDAD** La forma de gestionar un centro para alcanzar la excelencia; se basa en conceptos fundamentales tales como: orientación hacia el cliente, relaciones de asociación con los proveedores, desarrollo y compromiso del personal, etc.

**GESTION DE PROCESOS** Sistema de gestión orientado a la identificación y mejora continúa de los procesos, determinando la cadena de valor que se añade en cada proceso y sus resultados en términos de calidad, tiempo y coste.

*Metodología que permite organizar, visualizar, analizar y mejorar los flujos de trabajo de una organización. Aporta las herramientas necesarias para diseñar los procesos, normalizando la actuación y la transferencia de información de todo el equipo que participa en el mismo (facultativos, enfermería, personal no asistencial, etc.), garantizando eficiencia, efectividad y calidad del servicio.*

**GRÁFICOS DE CONTROL** Diagrama que permite realizar un seguimiento de los procesos y determinar si se mantienen dentro de los límites de control establecidos.

**GRUPOS DE INTERÉS** Colectivos que tienen interés en la organización, en sus actividades o en sus logros. Incluye clientes, proveedores, empleados y otros colectivos (en el sistema sanitario público incluiría además a los representantes políticos, sindicatos, asociaciones de consumidores, laboratorios farmacéuticos, etc.)

**IMAGEN CORPORATIVA** Conjunto de ideas o percepciones de los clientes y de la sociedad en general acerca de la organización.

**IMPULSORES DE PROCESOS** Son los propietarios de cada proceso y sus responsables.

**INDICADOR** Unidad de medida que permite determinar el grado en que una variable se acerca a su referente, externo o interno.

**INDICADORES CLAVE** Medidas críticas de los resultados de la organización. *Por ejemplo:*

*1. -RESULTADOS CLAVE ECONÓMICOS:*

*(a) Ajuste / desviación presupuestaria (asignado sobre gastado).*

*(b) Balance ingresos / gastos (Cuenta de Resultados final).*

*(c) Crecimiento del gasto farmacéutico (u otro capítulo)*

*2. -NO ECONÓMICOS:*

*(a) Indicadores de Satisfacción de los usuarios relacionados con la prestación de los servicios y /o globales: fidelidad, adherencia, valoración global; y / o con el cumplimiento legislativo (información, consentimiento informado, libre elección); y / o, conducta de los profesionales / organización (respeto, intimidad, seguridad).*

*(b) Indicadores de Efectividad: disminución de incidencias (Ej. Gripe), complicaciones (Ej. En DM, HTA), riesgos (Ej.: en RCV), aumento de supervivencia (Ej.: en cáncer de mama), etc*

*(d) Producción alcanzada sobre la pactada (Case - Mix, Cartera de Servicios).*

*(c) Indicadores de Calidad: cumplimiento de normas técnicas, buen control metabólico (Ej.: Hba1c < 7 % en DM).*



**INDICE DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO** Indicador general de la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios.

**INSPECCIÓN** Examen o valoración de una organización en lo que se refiere al cumplimiento de requisitos legalmente establecidos.

**LÍDERES** Son las personas que influyen positivamente orientando el trabajo y dirigiendo a las personas, para que éstas asuman la responsabilidad de alcanzar los objetivos de la organización o unidad. Equilibran los intereses de los diferentes grupos que tienen de una u otra forma interés en la organización.

**MEJORA CONTÍNUA** Enfoque de la calidad que está orientado al cambio de los procesos potenciando progresivamente su eficacia. La mejora de los procesos es una actividad continua. *Las técnicas de mejora de procesos incluyen: eliminación o minimización de las tareas que no incorporan valor añadido, desarrollo y aplicación de normas, evaluación de input y output, rediseño del proceso, etc.*

**MÉTODO TAGUCHI** Métodos que se aplican especialmente al diseño de nuevos productos o servicios y que tienen por objeto reducir los costes, limitando la variabilidad de los procesos.

**MISIÓN** Finalidad fundamental que justifica la existencia de la organización y su papel en la sociedad.

**MOTIVACIÓN** Predisposición general para actuar hacia la obtención de los objetivos.

**NO CALIDAD** Se emplea para referirse a la ausencia de conformidad respecto a los requisitos establecidos o a los costes en que se incurre si no se alcanza el máximo nivel de coste - efectividad de los procesos.

**NORMALIZACIÓN** Proceso que tiene por objeto regular o sistematizar una actividad o procedimiento, con el fin de hacerlo predecible y asegurar su realización. Se entiende por normalización la organización o puesta en orden de aquello que no lo estaba. *Un proceso, una vez normalizado, puede ser: homologado -aprobado- por un organismo con facultad para ello, o certificado, lo que supone emitir un documento que atestigüe que se ajusta a unas normas determinadas.*

**NORMALIZADO/A** Se dice de un proceso, producto o servicio en base a su adaptación a normas establecidas, formalizadas y aceptadas.

**NORMAS ISO** Conjunto de normas genéricas, reconocidas internacionalmente como estándares para el aseguramiento de la calidad de las organizaciones.

**OBJETIVOS** Logros o resultados que se propone alcanzar la organización.

**PDCA** Modelo metodológico básico de la mejora continua de la calidad o ciclo de mejora que se basa en planificar, implantar o realizar las actividades previstas, verificar y analizar los resultados y mejorar las actuaciones, comenzando de nuevo a planificar.

**PERCEPCIÓN DE LOS CIUDADANOS** La opinión de los ciudadanos respecto a los servicios sanitarios.

**PERSONAS** Todos los empleados en la organización.

**PLAN DE CALIDAD** Documento que establece las prácticas, recursos y procesos necesarios para alcanzar los objetivos de calidad definidos.

**PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA** Fijación de objetivos a largo plazo, con su correspondiente asignación de recursos y sistemas de decisión y control, dentro del marco político establecido.

**POLÍTICA Y ESTRATEGIA** Marco general y objetivos generales de la Organización, junto con los recursos necesarios para alcanzarlos.

**POLÍTICA DE LA ORGANIZACIÓN** Marco general de la organización en el que se establece su misión, valores y líneas estratégicas.

**PROCEDIMIENTO** Forma específica de llevar a cabo una actividad, generalmente documentado y que especifica: qué actividad debe realizar, con qué objetivos, quién, cómo, dónde y cuándo debe hacerse, con qué recursos y cómo debe registrarse y controlarse.

**PROCESO** Define un conjunto de tareas y la forma en que son realizadas con el fin de generar valor para satisfacer las necesidades del cliente, sea interno o externo. Incluye los recursos y las actividades necesarias para alcanzar un objetivo.

*Todos los procesos incluidos en el mapa deben estar definidos y documentados. La persona responsable o encargada del proceso (propietario) es la figura clave en la toma de decisiones, la que habla en nombre del proceso en la organización. En los procesos asistenciales, las características de calidad del proceso se pueden establecer de acuerdo a los protocolos, guías de práctica clínica o informes acordes con los principios de la Medicina basada en la evidencia.*

*Se deben definir una serie de indicadores para evaluar el proceso, que contemplen diferentes aspectos del mismo: desde la satisfacción de los clientes a la calidad y la cantidad de lo producido, el tiempo desde la entrada hasta la salida y el coste invertido en añadir valor.*

*La definición del proceso implica conocer: en qué consiste (tareas), para quién se realiza (cliente), quién lo realiza (proveedor), cómo se ha de realizar (normas y procedimientos), cómo se ha de valorar si funciona (en calidad, tiempo y coste) y quién es el responsable de su cumplimiento (persona o equipo de la organización).*

*A lo largo del proceso se añade valor, mientras se presta un servicio a partir de determinadas aportaciones.*

**PROCESOS CLAVE** Término equivalente a PROCESOS CRÍTICOS

**PROCESOS CRÍTICOS** Son aquellos que están vinculados directamente con la misión de la organización o unidad y suponen la principal cadena de valor para el cliente. Son los que guardan relación directa con los clientes, por lo que tienen un gran impacto sobre la satisfacción de éstos.

*La identificación de los procesos clave constituye el primer paso en el camino de la calidad total. Se necesita formación, y una mentalidad de mejora, pero la gestión de los procesos proporciona en muchos casos beneficios objetivos: se detectan actividades y tareas que no aportan valor añadido al cliente y que interfieren con la tarea principal del profesional (y que pueden centralizarse o realizarse externamente) o se introducen nuevas formas organizativas más flexibles. Estos procesos clave o críticos normalmente traspasan los límites funcionales y departamentales y requieren especial atención.*

Son ejemplos:

Proceso asistencial sanitario (atención en hospitalización médica y quirúrgica, atención en urgencias, atención ambulatoria: diagnóstico, tratamiento, registros clínicos, análisis de la evidencia).

Derivación a Especializada  
Citación  
Intervenciones comunitarias

**PROCESOS DE APOYO** Facilitan los recursos necesarios al resto de los procesos para que puedan llevarse a cabo (mantenimiento, gestión de la documentación,..Etc). Son aquellos procesos que interrelacionan con los procesos operativos, para conseguir mejor sus objetivos, por ejemplo:

Gestión de la documentación  
Mantenimiento  
Hostelería  
Gestión económico-financiera

**PROCESOS ESTRATÉGICOS** Son los que detectan necesidades y aportan guías de actuación y objetivos que pueden afectar a todos los procesos (encuesta de satisfacción de los clientes,..Etc). Son los que guían a la organización hacia la obtención de alta calidad en los servicios que presta a sus clientes:

- Investigación sobre las necesidades de los clientes tanto internos como externos y evaluación de su nivel de satisfacción
- Desarrollo y evaluación del personal
- Docencia y formación
- Marketing
- Benchmarking
- Autoevaluación del centro, según el Modelo EFQM

**PRODUCTO** Es lo que da o hace una organización o unidad para satisfacer las necesidades de los clientes.

**PROVEEDOR** Es la persona de la organización o unidad, o ajena a la misma, que realiza un proceso para satisfacer una necesidad de un cliente, interno o externo.

**PROYECTO DE CALIDAD** Es la forma más eficaz de desarrollar la mejora continua en las organizaciones. Está constituido por un tema específico, un objetivo que debe alcanzarse, una o más personas que lo llevan a cabo y un tiempo definido para su desarrollo. La mejora continua constituye el conjunto de numerosos proyectos llevados a cabo sucesivamente, de forma sistemática y organizada.

**QFD** *Despliegue de la función de calidad:* Metodología detallada que cubre todas las características y fases en la prestación de un servicio y que tiene por objeto conocer y dar a conocer a toda la organización la voz del cliente.

**RECURSOS** Constituye el conjunto de materiales, tecnología, financiación y conocimientos necesarios para realizar un proceso.

**RENDIMIENTO** Balance entre las entradas y salidas en un proceso o actividad. Puede aplicarse a un proceso determinado, una cadena de procesos o a la organización en su conjunto.

**RESULTADOS** Se entiende por resultados las mediciones, tanto económicas como de otra índole, de la eficacia y eficiencia en la prestación de servicios a los ciudadanos y en el logro de los objetivos y metas, incluidos los objetivos específicos fijados para la Organización/Unidad.

**SERVICIO** Conjunto de actividades y recursos (personas, materiales, financieros, conocimientos) encaminadas a satisfacer necesidades de los clientes o usuarios.

**SERVICIO CLAVE** Constituyen la razón de ser de la Unidad u Organización.

**SISTEMA DE CALIDAD** Es el conjunto de la estructura, organización, responsabilidades, procedimientos, procesos y recursos que se establecen para llevar a cabo la gestión de calidad.

**TORMENTA DE IDEAS (BRAINSTORMING)** Técnica grupal que se utiliza para generar ideas en torno a los problemas de calidad, a sus posibles causas o a sus soluciones.

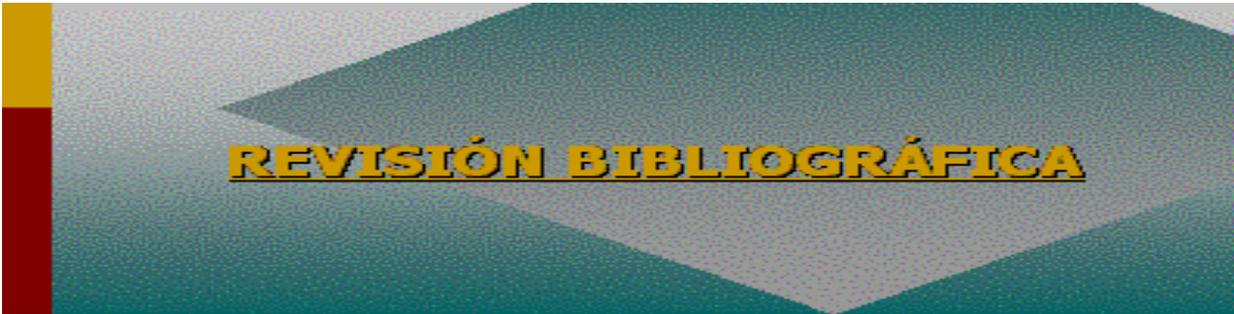
**TRABAJO EN EQUIPO** Forma de organización que permite incrementar la satisfacción de las necesidades de los clientes, internos o externos, propiciando la contribución activa de las personas.

**TRAZABILIDAD** Término que puede hacer referencia a un producto, al instrumento de medida o a la recogida de datos y que indica la capacidad para reconstruir, identificar, homologar y objetivar, a través de los registros existentes.

**VALIDACIÓN** Comprobar que se cumplen las especificaciones establecidas en determinadas actividades concretas, a través del examen o la aportación de evidencias objetivas.

**VALORES** Conceptos, expectativas y supuestos que predominan en la organización y describen el comportamiento de las personas y sus relaciones (por Ej.: confianza, apoyo, principios éticos).

**VISION** Declaración en la que se describe cómo desea ser la organización en el futuro.



## **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Arcelay A, Hernández L, Inclán G, Bacigalupe M, Letona J, González R. Proceso de autoevaluación de los centros sanitarios de Osakidetza mediante el Modelo Europeo de Gestión de Calidad Total. *Rev Calidad Asistencial* 1998; 13:414-8.

Arcelay A, Lorenzo S, Bacigalupe M, Mira J.J, Palacio F, Ignacio E, Vitaller J, Velasco V. Adaptación de un Modelo de Gestión de Calidad Total al sector sanitario. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15:184-91.

Arcelay A, Sanchez E, Hernandez L, Inclan G, Bacigalupe M, Letona J, Gonzalez RM, Martinez-Conde AE. Self-assessment of all the health centres of a public health service through the European Model of total quality management. *Int J Health Care Qual Assur* 1999;12:54-8.

Arcelay A. EFQM: Reflexiones a propósito de un excelente Modelo de Excelencia. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15:133-4.

Ardevol M, Canals M, Gómez A y Llor C. El Modelo Europeo de Gestión Empresarial como instrumento de difusión de la cultura de la Calidad Total en el ámbito sanitario de Atención Primaria. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15:161-3.

Argyris. Como vencer las barreras organizativas, Diaz de Santos, 1993

Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med.* 1989; 320:53-6.

Calidad en la atención sanitaria. Conceptos teóricos y aplicaciones prácticas. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva, 2001.

Chassin MR, Galvin RW. The Urgent Need to Improve Health Care Quality. *JAMA*, 1998; 280:1000-5.

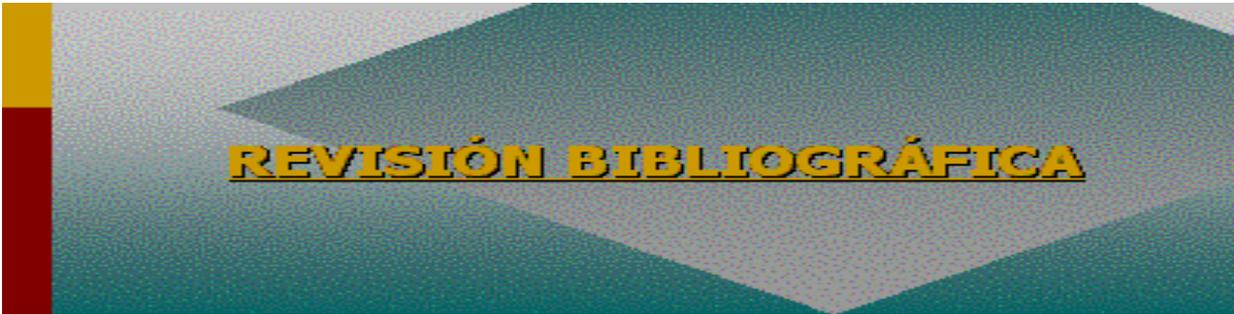
Comissió de Millora de la Qualitat. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Implantación de un Plan de Mejora de la Calidad en la Atención Primaria de Salud. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, 1996.

Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Universidad de Murcia. Programa EMCA. Gestión de la Calidad Asistencial. Disponible en: URL: <http://www.programaemca.org/>.

Cortés JA, Ayala A, Álvarez P, Domínguez J, HoyoAE, Nieto E, Villasante F, Rodríguez A. Análisis del liderazgo en atención primaria mediante el modelo EFQM, con motivo de la realización de un plan estratégico. *Cuadernos de Gestión* 2001; 7:119-32.

Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: La prensa médica mexicana, 1984.

Durán J, Marquet R. El Modelo Europeo de Excelencia Empresarial. Validación del formulario de evaluación adaptado a la atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1998; 4:206-13.



## **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

**El Modelo E.F.Q.M. aplicado a la Universidad. "Un Caso práctico". Universidad Politécnica de Cataluña. Edicions UPC. Barcelona, 2000.**

**European Foundation Quality Management. About EFQM. Disponible en: URL: <http://www.efqm.org>**

**European Foundation Quality Management. Evaluar la Excelencia. Guía práctica para la autoevaluación. Madrid: Club Gestión de la Calidad, 1999.**

**European Foundation Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia:1999. Madrid: Club Gestión de la Calidad, 1999.**

**European Foundation Quality Management. Ocho Fundamentos de la Excelencia. Los Conceptos fundamentales y sus beneficios. Disponible en: URL: <http://www.efqm.org>.**

**European Foundation Quality Management. The EFQM Health Sector Group. Disponible en: URL: <http://www.efqm.org>.**

**Evaluar la Excelencia. "Guía Práctica para la Autoevaluación". Club Gestión de Calidad. Madrid, 2000.**

**Fernández-León A, Barros MA, García M. La experiencia del Hospital Monte Naranco en la aplicación del modelo de la EFQM. Rev Calidad Asistencial 2000; 15:155-60.**

**Gené-Badía J, Jodar-Solà G, Peguero-Rodríguez E, Contel-Segura JC, Moliner-Molins C. The EFQM excellence model is useful for primary health care teams. Family Practice 2001; 18: 407-9.**

**Guía de autoevaluación para la Administración Pública. Ministerio de Administraciones Públicas. Ministerio de la Presidencia. B.O.E. 1999.**

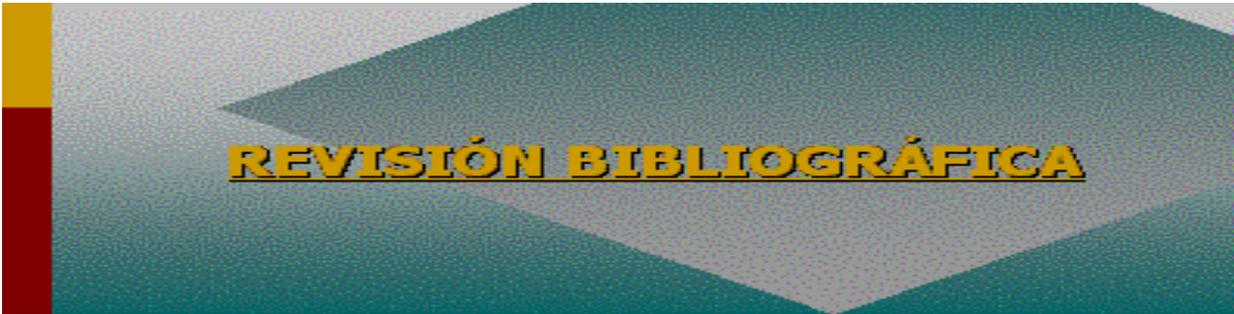
**Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Organización. Plan de calidad total del INSALUD. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa, 2000.**

**Jiménez J, Molina P, Grandal J, Simón J, Ruiz U, Sevilla R, Amado C, Facio A, García P. El Modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total como sistema de gestión hospitalaria; experiencia y resultados tras dos años de implantación en un hospital público. Rev Calidad Asistencial 2000; 15:164-171.**

**Lleras Muñoz S, La utilización del modelo EFQM y su aplicabilidad en Atención Primaria. MEDIFAM 2002; 12 (10):609-612**

**Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, Vitaller J. Autoevaluación de centros sanitarios. Madrid: MSD, 2001.**

**Lorenzo S. Evidencias de aplicación del Modelo EFQM de Excelencia al sector sanitario en nuestro medio. Rev Calidad Asistencial 2000; 15:129-130.**



## **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Maderuelo Fernández J A, Gestión de la Calidad Total. El Modelo EFQM de excelencia. MEDIFAM 2002;12:631-640

Marquet R. El incierto futuro de la gestión de la calidad, ¿seguimos tratando de hacer una tortilla sin cascar el huevo? Cuadernos de Gestión 1997;1:7-9.

Martín-Acera S. La calidad en los servicios de atención primaria. Centro de Salud 1993;1:183-90.

Membrado J. La Gestión Empresarial a través del modelo Europeo de Excelencia de la EFQM. Madrid: Ed Díaz de Santos, 1999.

Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Aranaz J, Sitges E. La aplicación del Modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total al Sector Sanitario: ventajas y limitaciones. Rev Calidad Asistencial 1998; 13:92-7.

Modelo E.F.Q.M. de Excelencia, 1999. "Sector Público y Organizaciones del Voluntariado". Club Gestión de Calidad. Madrid.

Moss F, Garside P, Dawson S. Organisational change: the key to quality improvement. Editorial. Qual Health Care 1998; 7:S1-2.

Muir Gray JA. Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. Churchill Livingstone. España. Madrid, 1997

Nabitz U, Klazinga N, Walburg J. The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. European Foundation for Quality Management. Int J Qual Health Care 2000; 12:191-201.

Naylor G. Using the business excellence model to develop a strategy for a healthcare organisation. Int J Health Care Qual Assur 1999;12:37-44.

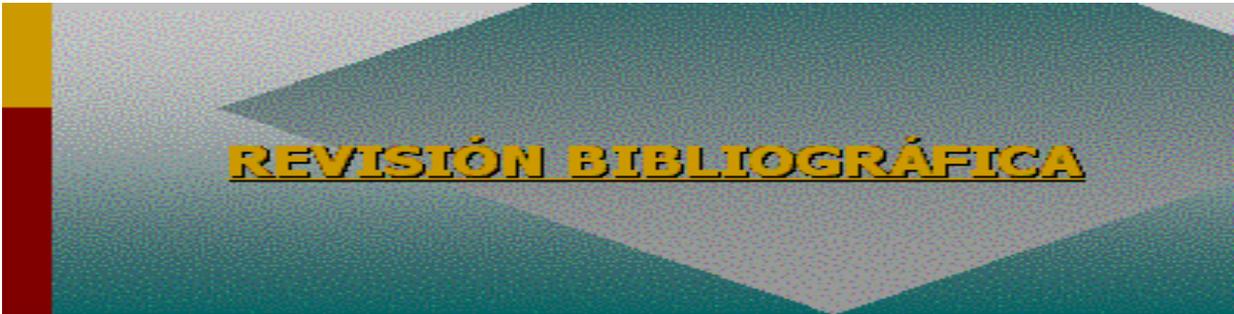
Ramón C y Rici C. Proceso de autoevaluación de la Fundación Hospital Manacor mediante el Modelo Europeo de Gestión de Calidad Total. Rev Calidad Asistencial 2000; 15:151-4.

Rodríguez A. El modelo EFQM aplicado a los centros de salud. Centro de salud 2001; 9:549-51.

Rodríguez P, García J, Lorenzo S, Monserrat D, Carlos J. Modelo de Gestión de Calidad. En: Rodríguez P, García J, editores.

Roure J, Rodríguez MA. Aprendiendo de los mejores. El proceso de autodiagnóstico en la práctica. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, 1999.

Sánchez E, Darpón J, Villar F, Letona J, Martínez-Conde A.E, González-Linares R. De la Gestión de la Calidad hacia la excelencia en la Gestión a través del modelo de autoevaluación de la European Foundation Quality Management (EFQM) en una red pública de centros Sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2000; 15:177-83.



## **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

**Saturno PJ, Imperatori E, Corbella A. Evaluación de la Calidad Asistencial en Atención Primaria. Experiencias en el marco de la Cooperación Ibérica: Diseños de Proyectos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.**

**Suñol R, Humet C. La Garantía de la Calidad y Acreditación en España. En: Informe SESPAS 2002. La salud y el sistema sanitario en España. Disponible en: URL:  
[http://www.sespas.aragob.es/informe/sepas5\\_3.pdf](http://www.sespas.aragob.es/informe/sepas5_3.pdf)**





## AGRADECIMIENTOS

- Al grupo de Calidad de la Sociedad Castellano y Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria, en el seno del cual se gestó este proyecto.
- A los profesionales de los equipos de Atención Primaria de Belorado (Burgos), Alamedilla (Salamanca) y Gamazo (Valladolid Oeste) que han sido pioneros en un proyecto que, en un futuro y, con las mejoras que se vayan incorporando, acabará siendo familiar entre nosotros.
- A los equipos de evaluadores de la Gerencia de Ávila y
- Al equipo de evaluadores de la Gerencia de Torrelavega – Reinosa, liderado por Emilio Pariente, reconocido con el Premio Avedis Donabedian.