

G U Í A

de autoevaluación EFQM para unidades de gestión

cómo mejorar la unidad



Osakidetza
Servicio vasco de salud



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Edición: Febrero 2004

Tirada: 2000 ejemplares

© Osakidetza/Servicio vasco de salud

Administración de la Comunidad Autónoma de País Vasco

Internet: www.osakidetza-svs.org <<http://www.osakidetza-svs.org>>

I.S.B.N. 84-89342-32-6

D.L.

Edita: Osakidetza/Servicio vasco de salud

Alava, 45

01006 VITORIA-GASTEIZ

P.V.P.: 6 Euros (IVA incluido)

Autores:	Alberto Capelastegui Sáiz	H. Galdakao
	Patxi Ezkurra Loyola	C. S. Zumaia
	Rosa M ^a González Llinares	Subdirección de Calidad Asistencial
	José Manuel Ladrón de Guevara Portugal	Subdirección de Asistencia Especializada
	Mónica López Ortiz	H. Psiquiátrico de Zamudio
	Jesús Muñoz Fernández	H. Psiquiátrico de Álava y S.M.E. de Álava
	Noelia Núñez Redondo	H. Psiquiátrico de Zamudio
	Maite Paño Ortúzar	Subdirección de At. Primaria y Comunitaria
	Amaia San Martín Garaluce	Subdirección de Calidad Asistencial
	Elena Sánchez González	Subdirección de Calidad Asistencial
	Elena Zavala Aizpurua	H. Donostia
	Carmen Zugaza Salazar	H. Txagorritxu

Coordinador: Jesús Muñoz Fernández

 PRESENTACIÓN

La guía que hoy les presento no hubiera podido realizarse sin el conocimiento acumulado por nuestra organización durante los últimos años, con el uso del Modelo EFQM, Modelo Europeo de Excelencia. Así, hoy sabemos que el Modelo EFQM es una herramienta integradora de las mejores prácticas de gestión en el mundo empresarial en los países desarrollados, y que es totalmente aplicable a nuestra organización.

Los proveedores de la asistencia sanitaria somos empresas de servicios, que tenemos la obligación de prestar el mejor servicio técnicamente posible, con el uso más adecuado de los recursos de que disponemos. Todo ello con el objetivo además de lograr la satisfacción de los usuarios y también la de los trabajadores. Conseguir esto es gestión de calidad total, es excelencia.

Tradicionalmente las culturas clínicas y de gestión han avanzado de forma paralela sin prestarse mucha atención mutuamente. Sin embargo, hay experiencias recientes que demuestran no sólo la eficacia de un acercamiento de ambas culturas, sino el interés y la satisfacción que despierta en los profesionales sanitarios su participación no sólo en “producir servicios” sino en “mejorar la producción de estos servicios”.

Así, hoy tenemos algunos servicios clínicos que han implantado un sistema de calidad basado en la Norma ISO 9001:2000, y conocemos que, a pesar del esfuerzo que les ha supuesto, han juzgado la experiencia muy positivamente.

La autoevaluación regular con el Modelo EFQM supone dar un paso más allá y aplicar una técnica moderna y sistemática de mejora a todas las actividades de una Unidad. Este es un objetivo para Osakidetza/Servicio vasco de salud, planteado tanto en su Plan Estratégico como en su Plan de Calidad. Estamos convencidos de que es un reto de la modernidad que no debemos obviar, y de que nuestros profesionales altamente cualificados van a ser capaces de asumirlo.

Creo que esta Guía va a facilitar enormemente esta tarea, ya que ha sido elaborada por técnicos con profundos conocimientos de calidad y gestión en el sector sanitario. Han conseguido simplificar los conceptos del Modelo EFQM, y diseñar un método de aplicación relativamente rápido, lo que puede facilitar acometer mejoras en las Unidades de forma sistemática en un plazo razonablemente corto.

Quiero dar las gracias a los autores y miembros del grupo de trabajo por el producto que han conseguido, y finalmente pedir a los destinatarios de esta Guía, las Unidades de Gestión, que la utilicen, ya que, como organización, estamos dispuestos a apoyarles y facilitarles la ayuda técnica que precisen, tal como se indica en el documento.

Jon Darpón Sierra
Director de Asistencia Sanitaria


ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	9
2. ¿QUÉ ES EL MODELO EUROPEO?	11
3. ¿QUÉ ES LA AUTOEVALUACIÓN?	14
4. ¿QUIÉN DEBE REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN?	14
5. ¿CÓMO REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN?	15
La aplicación informática de apoyo	16
6. EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS AGENTES	17
• Criterio 1: Liderazgo	19
• Criterio 2: Política y Estrategia	25
• Criterio 3: Personas	29
• Criterio 4: Alianzas y Recursos	32
• Criterio 5: Procesos	35
7. EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE RESULTADO	41
• Criterio 6: Resultados de satisfacción en los clientes	44
• Criterio 7: Resultados de satisfacción en las personas	49
• Criterio 8: Resultados de satisfacción en la sociedad	55
• Criterio 9: Resultados clave	59
8. PRIORIZACIÓN DE LAS ÁREAS DE MEJORA	63
9. SISTEMATIZACIÓN DE LOS PLANES DE MEJORA	73
10. GLOSARIO DE TÉRMINOS	75
11. BIBLIOGRAFÍA	79

1 INTRODUCCIÓN

La política de calidad ha evolucionado en Osakidetza, a lo largo de los últimos años, desde una orientación hacia la calidad del servicio hasta un enfoque de gestión de la calidad total.

En 1992 la Dirección General de Osakidetza puso en marcha un Plan Integral de Calidad para sus centros. Este plan de calidad corporativo, desarrollado en mayor o menor grado en todos los centros, y que resultó pionero tanto por sus ideas como por sus contenidos, estaba basado en 3 pilares fundamentales: calidad percibida, calidad científico técnica y costes de no calidad, y proponía una estrategia de implantación basada en la gestión de procesos y en la participación del personal.

En 1995, dos años después de la creación de la Fundación Vasca para el Fomento de la Calidad (Euskalit), de la que Osakidetza es patrono desde su origen, se apuesta por utilizar el Modelo Europeo de Calidad de la European Foundation of Quality Management (EFQM), como herramienta de gestión para aplicar un método estructurado para la mejora continua.

La aplicación del modelo a lo largo de estos años ha supuesto un gran esfuerzo a todos los niveles ya que ha requerido de una gran inversión en formación y tiempo de trabajo así como de una voluntad de asimilación y compromiso por parte de las personas que han compuesto los equipos directivos y los equipos de autoevaluación. Sin embargo estos esfuerzos se han visto plasmados en resultados concretos vinculados a la aplicación del modelo como pueden ser la implantación de encuestas a clientes y a profesionales, desarrollo de planes estratégicos y de comunicación, la identificación y gestión de procesos clave, la homogeneización de los sistemas de información...

Algunos centros se han sometido a evaluaciones externas y han obtenido reconocimientos por parte del Gobierno Vasco. A finales de 2003 el número de reconocimientos fueron de 4 Q de Plata y 2 Q de Oro, conseguidos por 4 hospitales, 1 comarca de Atención Primaria y una Organización de Alta Tecnología.

Además Euskalit ha otorgado 21 diplomas de compromiso con la excelencia. Esto supone que el 77% de las organizaciones de Osakidetza están comprometidas con la excelencia.

Progresivamente un número creciente de profesionales han adquirido una formación más profunda con el modelo, de modo que un total de 81 son en este momento evaluadores de Euskalit.

Una de las críticas que se han hecho a la implantación del modelo es que si bien es cierto que todos los hospitales y comarcas de atención primaria utilizan la autoevaluación como herramienta de análisis y detección de áreas de mejora, el número de personas directamente implicadas en el modelo ha sido hasta ahora reducido (en pocos casos va más allá de los equipos directivos y personal de staff de la Dirección), situación sorprendente en un modelo que propugna la horizontalización de los procesos y la implicación y participación del personal.

El nuevo Plan Estratégico de Osakidetza y el Plan de Calidad 2003-2007 plantean entre sus objetivos generales la calidad total, es decir la mejora de la calidad de la gestión. Uno de sus objetivos específicos es la extensión del uso del Modelo EFQM como herramienta de autoevaluación a nivel de las Unidades de Gestión.

Por lo tanto, es clara en estos momentos la necesidad de desplegar verticalmente el uso del modelo, es decir extenderlo como herramienta de autoevaluación hacia las Unidades de Gestión, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada.

Las causas que han impedido dicho despliegue hasta ahora han sido, entre otras, la dificultad de asimilación que el propio modelo plantea en cuanto a conceptos y metodología, y la gran cantidad de tiempo a invertir en los procesos de autoevaluación.

Esta guía, que surge con el ánimo de paliar en la medida de lo posible estas dificultades, ha sido elaborada conjuntamente por un grupo de expertos formado por directores-gerentes de centros, jefes de servicio, metodólogos de calidad y personal de las Subdirecciones de Calidad, Atención Primaria y Atención Especializada de la Organización Central de Osakidetza.

Esperamos que su utilización resulte sencilla, útil y práctica y sea un paso más en el largo camino de la mejora continua.

2 ¿QUÉ ES EL MODELO EUROPEO?

El Modelo EFQM de Excelencia es un marco de trabajo no-prescriptivo que reconoce que la excelencia de una organización y por ende, de una unidad, se puede lograr de manera sostenida mediante distintos enfoques.

Dentro de este marco general no-prescriptivo, existen ocho conceptos fundamentales, que constituyen la base del Modelo y sobre ellos pivota el análisis de la excelencia de cualquier organización:

- **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).

- **Orientación al cliente:**

El cliente es el árbitro final de la calidad del producto y del servicio, así como de la decisión de fidelidad hacia estos productos o servicios. El mejor modo de optimizar la fidelidad y retención del cliente es mediante una orientación clara hacia las necesidades de los clientes actuales y potenciales.

- **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.

- **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 los procesos y las mejoras planificadas se adoptan a partir de información fiable que incluye las percepciones de todos sus grupos de interés.

- **Desarrollo e implicación de las personas:**

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.

- **Aprendizaje, Innovación y Mejora Continuos:**

Las organizaciones alcanzan su máximo rendimiento cuando gestionan y comparten su conocimiento dentro de una cultura general de aprendizaje, innovación y mejora continuos.

- **Desarrollo de Alianzas:**

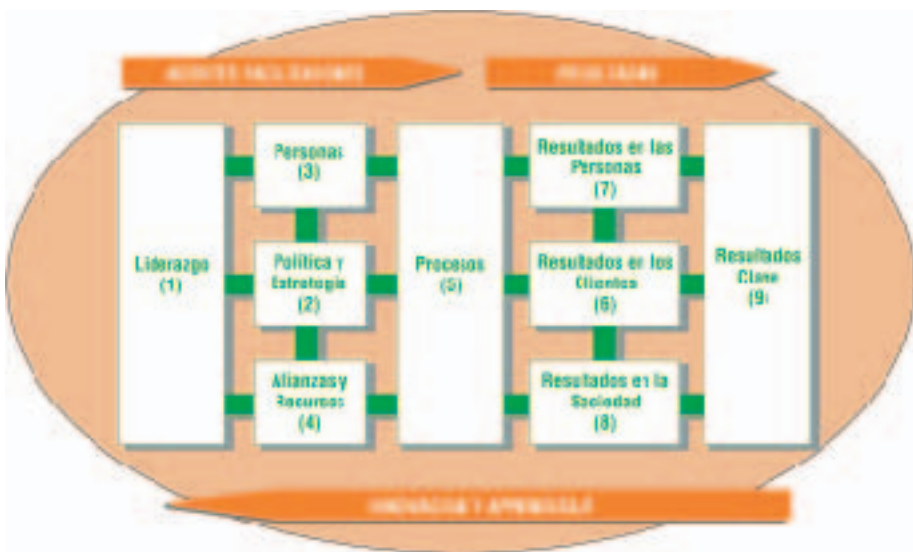
La organización trabaja de un modo más efectivo cuando establece con sus colaboradores unas relaciones mutuamente beneficiosas basadas en la confianza, en compartir el conocimiento y en la integración.

- **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.

La relación de estos conceptos no obedece a ningún orden en particular ni trata de ser exhaustiva. Los conceptos cambiarán a medida que se desarrollan y mejoran las organizaciones excelentes.

El Modelo EFQM de Excelencia está integrado por nueve criterios, de los cuales cinco pertenecen al grupo de “Agentes Facilitadores” y cuatro al de “Resultados”. Los criterios que hacen referencia a un “Agente Facilitador” se ocupan de lo que hace la unidad; mientras que los que hacen referencia a “Resultados” tratan sobre lo que la unidad logra. Los “Resultados” son consecuencia de los “Agentes Facilitadores”.



Las nueve “cajas” del Modelo representadas en el gráfico nos muestran los criterios que permiten evaluar el progreso de una organización, o en nuestro caso, de una unidad de gestión, hacia la excelencia.

El Modelo se fundamenta en la siguiente premisa:

Los resultados excelentes con respecto al Rendimiento de la Organización, a los Clientes, las Personas y la Sociedad se logran mediante un Liderazgo que dirija e impulse la Política y Estrategia, las Personas de la organización, las Alianzas y Recursos, y los Procesos.

Si bien en la guía de autoevaluación aparecen secuencialmente primero los agentes, y luego los resultados, hay que insistir que el fundamento lógico del modelo lo constituye el que las organizaciones se centren primeramente en los resultados obtenidos y en que trabajen los criterios de Agentes para mejorar los resultados. Esto es lo que se conoce como “Esquema lógico REDER”. Es además el método de evaluación utilizado por la EFQM para puntuar.

REDER lo forman cuatro elementos:

- **R**esultados
- **E**nfoque
- **D**espliegue
- **E**valuación y **R**evisión

Este esquema lógico establece lo que una organización o unidad necesita realizar:

- Determinar los Resultados que quiere lograr como parte del proceso de elaboración de su política y estrategia. Estos resultados cubren el rendimiento de la organización, tanto en términos económicos y financieros como operativos, así como las percepciones de todos los grupos de interés de la organización.
- Planificar y desarrollar una serie de Enfoques sólidamente fundamentados e integrados que la lleven a obtener los resultados requeridos ahora y en el futuro.
- Desplegar los enfoques de manera sistemática para asegurar una implantación completa.
- Evaluar y Revisar los enfoques utilizados basándose en el seguimiento y análisis de los resultados alcanzados y en las actividades continuas de aprendizaje. En función de todo ello, identificar, establecer prioridades, planificar e implantar las mejoras que sean necesarias.

De este modo, al utilizar el modelo en una Unidad de Gestión para realizar una autoevaluación, los elementos Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión del esquema lógico REDER deben abordarse en cada criterio del grupo “Agentes Facilitadores” y el elemento Resultados debe abordarse en cada criterio del grupo “Resultados”.

3 ¿QUE ES LA AUTOEVALUACIÓN?

La autoevaluación de la Unidad de Gestión es un examen global y sistemático de las formas de hacer y de los resultados alcanzados por ella, comparados con el modelo de excelencia. que permite a ésta identificar áreas de mejora para el futuro. Los objetivos fundamentales del proceso de autoevaluación son, por tanto, reflexionar en equipo sobre las actividades y resultados de la unidad, enfrentándose a un modelo de excelencia y elaborar a continuación planes para la mejora continua de la misma.

La autoevaluación ofrece una imagen del estado de la Unidad "en un momento preciso" que suele expresarse en puntos fuertes, áreas de mejora y en una puntuación final que cuantifica esta situación.

Las Unidades que realizan una autoevaluación suelen descubrir más de un centenar de áreas de mejora, de diferentes niveles, desde las que se solucionan con sencillas acciones hasta las que requieren decisiones estratégicas y planificación más a largo plazo.

Dado que suele ser imposible abordar ese gran número de áreas de mejora de forma simultánea, se procede a su priorización y traducción en planes de acción concretos que se integran en los planes anuales de gestión de las organizaciones.

La autoevaluación, que como hemos dicho no es más que una comparación a la que sometemos a la Unidad en relación al modelo, puede realizarse de varias maneras más o menos complejas dependiendo del nivel de madurez de la Unidad y del conocimiento del propio modelo que tengan las personas que la realizan.

Esta guía que presentamos a continuación permite realizar la autoevaluación de una forma sencilla, útil y práctica reduciendo el nivel de formación y la dedicación de tiempo.

Si la unidad deseara solicitar una evaluación externa por entidades especializadas u optar a un premio de estas instituciones o de la propia EFQM, debe aplicar el modelo original, y confeccionar una memoria según los requisitos de estas entidades. En cualquier caso, ésta sería una fase posterior, después de haber utilizado aproximaciones más sencillas al modelo EFQM, como la que se ofrece mediante esta guía.

4 ¿QUIÉN DEBE REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN?

La autoevaluación debe ser realizada por el equipo evaluador de la Unidad. Necesariamente deberá estar el jefe de la Unidad, con el número de colaboradores que considere oportuno. La cifra variará dependiendo de las características de la Unidad. Será recomendable un número mínimo de 4 personas y un máximo de 10.

Asimismo, al realizar la primera autoevaluación, es conveniente la presencia de un facilitador ajeno al equipo evaluador que haga de moderador y ayude a la hora de consensuar la puntuación de cada criterio y la priorización de las áreas de mejora. Esta guía tiene una aplicación informática para facilitar este proceso.

5 ¿CÓMO REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN?

FASE 1:

• Formación

Antes de que el equipo evaluador comience a realizar la autoevaluación de la Unidad, es fundamental comenzar por una pequeña fase de formación, en la que se explicará a cada miembro del equipo gestor el propósito de la guía, su formato y contenido, el proceso de autoevaluación y las responsabilidades y funciones de cada uno de los miembros del equipo.

• Lectura personal de la guía y autoevaluación de cada criterio

Cada miembro del equipo evaluador hará una lectura personal de la guía y contestará a las preguntas de cada criterio, reflexionando y anotando la categoría de la escala que considere oportuna en cada uno.

- Esta fase tiene una duración aproximada de seis horas.

FASE 2:

• Consenso de la puntuación de cada criterio

Se reunirá todo el equipo gestor y consensará la puntuación en cada criterio. Se realizará con la ayuda de la aplicación informática diseñada y un facilitador.

- Esta fase tiene una duración aproximada de tres horas.

FASE 3:

• Priorización de áreas de mejora

Es fundamental que el equipo evaluador debata, priorice y seleccione aquellas áreas de mejora que va a afrontar en los meses o en el año próximo. La aplicación informática puede facilitar la selección inicial de las áreas de mejora.

- Esta fase tiene una duración aproximada de tres horas.

FASE 4:

• Elaboración de los planes de mejora

Para que el equipo evaluador pueda afrontar las áreas de mejora seleccionadas y priorizadas, es imprescindible que planifique su actuación definiendo para cada área de mejora un plan o planes de actuación.

Para cada plan de actuación se determinarán:

- Objetivos/Indicadores
- Responsable
- Cronograma

Los planes serán elaborados por los responsables asignados y aprobados por el Jefe de la Unidad.

- Se recomienda que esta fase no se postponga. Requerirá como mínimo una nueva reunión del equipo gestor, y la dedicación de los responsables de área seleccionados. La dedicación aproximada del equipo evaluador será de dos horas.

FASE 5:

• Seguimiento de los planes de mejora

Es importante señalar que los planes de mejora deberán ser revisados periódicamente por el equipo evaluador y por los responsables de su actuación, para comprobar cómo se están llevando a cabo.

- La revisión de los planes de mejora debe estar integrada en el proceso de seguimiento del plan de gestión de la Unidad. La dedicación aproximada anual del equipo evaluador será de seis horas.

LA APLICACIÓN INFORMÁTICA DE APOYO:

La aplicación corresponde a una hoja de cálculo Excel, y conviene que sea utilizada, al menos la primera vez, con la ayuda de un facilitador.

Para cada pregunta se tienen en cuenta las contestaciones en las diferentes categorías de la escala de puntuación.

El sistema de cálculo incluye un factor de corrección, de modo que cada pregunta tiene aproximadamente el peso que le correspondería en el modelo original.

Permite obtener la puntuación global y para cada criterio, en términos absolutos, y en forma de % sobre el máximo.

Dependiendo de la puntuación obtenida, la aplicación identifica entre las preguntas los puntos fuertes y las áreas de mejora. El punto de corte se sitúa en el 40% de la puntuación máxima posible.

6 EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS AGENTES

Los criterios Agentes reflejan, como hemos dicho anteriormente, cómo actúa la Unidad. De este modo, los criterios Agentes son los aspectos sobre los cuales debe actuar el equipo gestor de la Unidad para gestionarla eficazmente.

Estos son:

Criterio 1	→	Liderazgo
Criterio 2	→	Estrategia y Planificación
Criterio 3	→	Personas
Criterio 4	→	Alianzas y Recursos
Criterio 5	→	Procesos

En el modelo original, aunque no es prescriptivo, cada Agente se descompone en cierto número de subcriterios y todos deben tenerse en cuenta. Nosotros, en esta guía, con motivo de hacer que la autoevaluación sea más sencilla, no hemos dividido los criterios en subcriterios.

Los criterios Agentes tienen, además, unos atributos basados en la *solidez e integración* del Enfoque, la *implantación y sistemática* del Despliegue y la *medición, aprendizaje* y en la Evaluación y Revisión. En otros términos, los atributos se identifican con el ciclo de mejora continua o PDCA. En este sentido, el Enfoque se refiere a la planificación (P), el Despliegue es equivalente a la ejecución (D), la Evaluación y Revisión corresponden al control (C) y ajuste (D) del ciclo.

El Enfoque abarca lo que una Unidad ha planificado hacer y las razones para ello. Para que una Unidad sea considerada excelente, el enfoque estará, por una parte, *sólidamente fundamentado*, es decir, tendrá una lógica clara, procesos bien definidos y desarrollados y una clara orientación hacia las necesidades de todos los grupos de interés; y, por otra, estará *integrado*, es decir, apoyará la política y estrategia y, cuando así convenga, estará vinculado a otros enfoques.

El Despliegue se ocupa de lo que hace una Unidad para desplegar el enfoque. Para que una Unidad sea considerada excelente, el enfoque se *implantará* en las áreas relevantes y de un modo *sistemático*.

La Evaluación y Revisión se refiere a lo que hace la Unidad para evaluar y revisar el enfoque y el despliegue de dicho enfoque. Para que una Unidad sea considerada excelente, el enfoque y su despliegue estarán sujetos a *mediciones* regulares y se realizarán actividades de *aprendizaje*, empleándose el resultado de ello para identificar, establecer prioridades, planificar e implantar la *mejora*.

Esta secuencia de Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión forma parte de la Matriz REDER, la cual es la lógica interna del Modelo EFQM. Quiere decir que una organización tiene que:

- Determinar Resultados a obtener
- Plantear un Enfoque
- Desplegar el enfoque
- Evaluar y Revisar la efectividad (resultados) del enfoque

Como se puede observar, el conjunto de las iniciales constituye la palabra REDER.

A la hora de realizar la autoevaluación, el equipo gestor de la Unidad, tiene que cumplimentar las preguntas establecidas para cada criterio Agente.

Para ello debe reflexionar sobre las evidencias disponibles, las cuales deben hacer referencia, según el esquema lógico Reder, al enfoque, despliegue, evaluación y revisión del criterio que se esté evaluando.

No es necesario indicar por escrito las evidencias, si bien puede ser conveniente hacerlo, en la medida en que puede facilitar evaluaciones posteriores o, incluso, la confección de una memoria.

A continuación se presenta la correspondencia entre las “categorías” de la escala presentada en esta Guía y las “evidencias”, según la terminología utilizada en el Modelo EFQM.

Nada	Sin evidencia
Poco	Alguna evidencia
Bastante	Evidencia
Mucho	Evidencia clara
Totalmente	Evidencia total

Finalmente, el equipo gestor debe identificar para cada criterio los “puntos fuertes” y las “áreas de mejora”.

Los puntos fuertes son aquellos aspectos que se encuentran mejor desarrollados en la Unidad. Y las áreas de mejora son aquellos aspectos mejorables de la gestión de la Unidad.

Sintetizando, las preguntas de la Guía están diseñadas para ver en qué situación se encuentra la Unidad, en cuanto a la aplicación de la lógica REDER en sus actividades.

CRITERIO 1: LIDERAZGO

Este criterio trata sobre: cómo los líderes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo e implantan todo ello en la Unidad mediante las acciones y los comportamientos adecuados, estando implicados personalmente en asegurar que el sistema de gestión de la Unidad se desarrolla e implanta.

Los elementos clave son que los líderes deben:

- Recibir formación en Gestión de la Calidad.
- Definir, desarrollar y difundir la Misión, Visión y Valores de la Unidad.
- Actuar como modelo de referencia con su ejemplo en el desarrollo de la Misión, Visión y Valores de la Unidad (compromiso visible).
- Implicarse activa y personalmente en actividades de mejora con sus clientes y proveedores.
- Animar a iniciar actividades o proyectos de mejora en la Unidad y participar en ellos.
- Estimular y apoyar la asunción de responsabilidades y el carácter creativo de los trabajadores.
- Ser accesible y escuchar al personal.
- Promover la formación e implantación de sistemas de calidad en la Unidad.
- Reconocer oportuna y adecuadamente los esfuerzos y logros de las personas de la Unidad.
- Participar en actividades de difusión de la calidad fuera de la Unidad y/o fuera de la organización.
- Evaluar y revisar la efectividad de su liderazgo y en función de los resultados, planificar o llevar a cabo acciones de mejora.

NOTAS DE APOYO

Se denomina **líder** a todo aquel que tiene a su cargo personas de la Unidad (equipo directivo, jefe de servicio, supervisora, responsables de procesos o subprocesos, etc.). El papel del líder puede resumirse en tres funciones: Impulsor (el proceso de cambio de una Unidad empieza por el equipo directivo), Comprometido (demostrar un comportamiento adecuado con el ejemplo personal) y Facilitador (el líder debe dotar de medios y reducir las barreras). De esta manera, el **liderazgo** es aquello que estimula e incita a individuos y equipos a dar lo mejor de ellos mismos.

La **misión** es la declaración explícita de la finalidad o razón de ser de la Unidad. No es tanto ¿cuál es nuestra actividad o función?, sino ¿por qué existe nuestra actividad o función?, ¿qué propósito justifica la existencia continuada de nuestra Unidad?. ¿Cómo se van a conseguir en general los objetivos?.

La **visión** es la declaración explícita que describe el tipo de Unidad deseada con vistas al futuro.

Los **valores** son aquellos elementos que conforman la conducta básica de las personas de la Unidad y lo que se espera de ellas. Son, por tanto, la base de toda la gestión de la Unidad. Por ejemplo: confianza, sinceridad, respeto mutuo, trabajo en equipo, sentido de pertenencia, compromiso, profesionalidad, comunicación abierta, innovación tecnológica, liderazgo, orientación al cliente, rentabilidad, etc.

La **Gestión por procesos** es una metodología que permite visualizar, analizar y mejorar los flujos de trabajo de la Unidad. Aporta las herramientas necesarias para diseñar cada proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, 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. (ver ejemplos en Criterio 5)

EJEMPLOS

MISIÓN

Unidad de Neumología (Hospital):

Las actividades de la Unidad estarán orientadas al usuario y dirigidas a potenciar la salud, relacionada con el aparato respiratorio, en sus facetas curativas, rehabilitadoras y preventivas. Aspiramos a trabajar en términos de eficiencia, potenciando la calidad en sus vertientes asistencial, organizativa, de gestión económica, equidad y legitimidad. Todo ello constituirá la base que permita a la Unidad una presencia relevante en la investigación clínica.

Consideramos fundamental sintonizar con los objetivos básicos del Hospital y de Osakidetza.

Unidad de Atención Primaria:

La Unidad de Atención Primaria, adscrita al ente público Osakidetza, tiene como misión, contribuir a la mejora en los resultados de salud de los ciudadanos de la UAP, a través de la prestación de servicios sanitarios dirigidos a prevenir y tratar la enfermedad y a promocionar la salud.

Para cumplir la misión *asumimos*:

- A los ciudadanos como centro y objetivo de nuestra actividad.
 - El desarrollo de las personas como valor fundamental de la Unidad de Atención Primaria.
 - La resolución máxima de los episodios de salud del ciudadano en el primer nivel de salud.
 - La accesibilidad a los servicios y pruebas diagnósticas con la mínima demora.
- Crear un sistema de gestión eficiente, participativo, interactivo, orientado a la mejora continua, descentralizado y autónomo.
- Considerar la figura del profesional de atención primaria como un consultor/guía en la resolución de los episodios de enfermedad a través del sistema sanitario.

Con ello *pretendemos*:

- La satisfacción de las necesidades de salud de los ciudadanos.
La plena satisfacción del trabajador a través de la formación continuada y el reconocimiento a su labor, desarrollo profesional e implicación en los objetivos de la UAP.
- La prontitud y cercanía en la resolución de los episodios de enfermedad.
- La gestión eficiente del episodio de enfermedad y de los recursos disponibles.
- Que las Unidades de Atención Primaria sean el elemento fundamental de la Organización Sanitaria.
- Contribuir a la participación ciudadana en la toma de decisiones sobre sus episodios de enfermedad y al profesional como coordinador en la asistencia al ciudadano con otros niveles asistenciales.

VISIÓN

La **Unidad de Atención Primaria** como proveedora de servicios, quiere ser el referente elegido por sus excelentes resultados en salud.

- Ser un *proveedor de servicios* implica:
 - Contribuir a resolver los episodios de enfermedad de los ciudadanos, convirtiéndolos en el eje de la actividad a través del sistema sanitario.
 - Orientarnos al ciudadano con una mayor información y oferta de servicios.
 - Disponer de autonomía suficiente para una gestión humana y eficiente basada en los valores.
- Ser el *referente elegido* supone:
 - Ser depositarios de la confianza de los ciudadanos por el trato personalizado, la accesibilidad y cercanía de los servicios prestados.
 - Ofrecer posibilidades de desarrollo profesional y personal que colmen las expectativas de la personas que trabajan en la UAP.
 - Desarrollar la capacidad de resolución de episodios de enfermedad a través de un mayor acceso directo a las pruebas diagnósticas y la coordinación con la figura del consultor de atención especializada.
 - Ser una unidad de Atención primaria reconocida en los foros sociales relacionados con la salud por su proactividad y generosidad (disponibilidad de los profesionales).
- Obtener *excelentes resultados* conlleva:
 - Ser efectivos en el cumplimiento de los compromisos adquiridos con la dirección de la Comarca y plasmados en el contrato de gestión clínica.
 - La mejora del soporte informático para una gestión eficiente del episodio de enfermedad ágil e interactivo con todos los niveles asistenciales.

VALORES

Asumiendo como principios los VALORES que propugna el Departamento de Sanidad de:

- Igualdad
- Universalidad
- Equidad
- Solidaridad

La Unidad interioriza los siguientes:

ORIENTACION AL CIUDADANO

El ciudadano es el centro de nuestra actividad asistencial. Garantizamos el respeto a su personalidad e intimidad, y le ofrecemos un trato cercano, personalizado y resolutivo.

PROFESIONALIDAD (dedicación y honestidad)

Incrementar la competencia técnica y de gestión de las personas, así como su responsabilidad y los comportamientos proactivos para la resolución de los problemas.

TRABAJO EN EQUIPO

Basamos el trabajo en equipo en un estilo de dirección asentado en la confianza y respeto a las personas y en el consenso como base de la toma de decisiones.

EFICIENCIA

Optimizar la utilización de los recursos para el cumplimiento de los objetivos y realizar una comunicación transparente de los resultados.

LIDERAZGO

ÍTEMS A ANALIZAR	nada	poco	bastante	mucho	totalmente	ns/nc
	1. ¿La Unidad ha reflexionado sobre el liderazgo e identificado qué personas de la misma son los líderes?					
2. ¿Los líderes de la Unidad, han recibido formación en Gestión de la Calidad (por ejemplo: Modelo EFQM, Sistemas de Gestión de Calidad ISO 9.000, Gestión por Procesos, etc...)?						
3. ¿La Unidad ha definido, desarrolla y difunde su Misión?						
4. ¿La Unidad ha definido, desarrolla y difunde su Visión?						
5. ¿La Unidad ha definido, desarrolla y difunde sus Valores?						
6. ¿Los líderes de la Unidad muestran un comportamiento coherente con la Misión, Visión y Valores, actuando como modelo de referencia?						
7. ¿Los líderes participan en las actividades de mejora con clientes y proveedores?						
8. ¿Los líderes animan a iniciar cambios y acciones de mejora?						
9. ¿Los líderes participan en las actividades o proyectos de mejora, que se llevan a cabo en la Unidad (por ejemplo: grupos de mejora, comisiones, desarrollo de protocolos...)?						
10. ¿Los líderes animan al resto de trabajadores de la Unidad a asumir responsabilidades y a ser creativos e innovadores?						
11. ¿Los líderes son accesibles y escuchan al personal?						
12. ¿Los líderes promueven la formación e implantación de sistemas de calidad en la Unidad?						
13. ¿Los líderes reconocen oportuna y adecuadamente los esfuerzos y logros de las personas de la Unidad?						
14. ¿Los líderes participan en actividades de difusión de la calidad fuera de la Unidad y/o fuera de la organización (foros, congresos, jornadas...)?						
15. ¿Los líderes han planificado y/o utilizan algún sistema para evaluar/revisar el liderazgo?						
16. ¿Los líderes disponen de (y utilizan) indicadores para evaluar la efectividad de su liderazgo?						
17. ¿Los líderes identifican y priorizan las posibles oportunidades de mejora del liderazgo mediante la medición y el aprendizaje?						
18. ¿Los líderes han planificado o llevado a cabo acciones de mejora respecto al liderazgo?						

LIDERAZGO

PUNTOS FUERTES	ÁREAS DE MEJORA
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

CRITERIO 2: POLÍTICA Y ESTRATEGIA

Este criterio trata sobre: Cómo implanta la Unidad su misión y visión mediante una estrategia claramente centrada en todos los grupos de interés y apoyada por planes, objetivos, metas y procesos relevantes.

Los **elementos clave** son que la Unidad debe:

- Identificar y definir a sus grupos de interés.
- Identificar y utilizar medios para obtener información de sus grupos de interés.
- Definir sus objetivos, conociendo y analizando antes las expectativas y necesidades de sus grupos de interés.
- Identificar otras fuentes de información relevante acerca del entorno (competidores, nuevas tecnologías...).
- Definir algún sistema para analizar y distribuir la información anterior.
- Identificar y definir sus procesos clave.
- Establecer sus objetivos a través de un proceso de reflexión definido, estructurado y consensuado con la dirección del Centro.
- Disponer de algún tipo de documento que recoja los objetivos que debe conseguir y una planificación de actividades para garantizar que se alcanzan.
- Desplegar su estrategia, desarrollando sus objetivos en sus procesos.
- Desarrollar un plan de comunicación de su estrategia a todos los trabajadores de la Unidad y evaluar su efectividad.
- Evaluar y revisar la relevancia y efectividad de su estrategia periódicamente, y en función de los resultados, planificar o llevar a cabo acciones de mejora.

NOTAS DE APOYO

Se denominan **procesos clave** a aquellos procesos que son críticos o claves para el éxito estratégico de la Unidad, el impacto sobre la satisfacción de sus clientes y la obtención de sus resultados.

Entendemos por **clientes o grupos de interés** a las personas físicas o jurídicas internas (empleados, directivos, etc) o externas (paciente/familia, financiadores, proveedores, asociaciones científicas, asociaciones de consumidores y usuarios, etc.) a la Unidad y que pueden influir en la misma de una u otra manera, dependiendo de sus expectativas.

EJEMPLOS

PROCESOS CLAVE:**DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA** (ver mapa de procesos en Criterio 5):

- _ Citación
- _ Asistencia en consulta
- _ Asistencia a domicilio
- _ Pruebas complementarias

DE UNA UNIDAD DE ANÁLISIS CLÍNICOS (ver mapa de procesos en Criterio 5):

- _ Recepción de la muestra y el volante
- _ Validación de resultados
- _ Emisión y envío de informes
- _ Recursos y materiales (proceso de apoyo)

OBJETIVO DESPLEGADO EN VARIOS PROCESOS:

OBJETIVO: *Mejorar la accesibilidad en Atención Primaria.*

PROCESOS	OBJETIVOS
CITACIÓN	Citar a todos los pacientes en menos de 24 horas de la fecha solicitada.
ASISTENCIA CONSULTAS AGUDOS	Atender a todos los pacientes programados y no programados en la fecha solicitada de consulta.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	Citar las exploraciones complementarias en menos de 7 días.

POLÍTICA Y ESTRATEGIA

ÍTEMS A ANALIZAR	nada	poco	bastante	mucho	totalmente	ns/nc
	1. ¿La Unidad ha identificado y diferenciado a sus grupos de interés?					
2. ¿La Unidad ha identificado y utiliza medios para obtener información sistemáticamente de sus grupos de interés (encuestas, indicadores...)?						
3. ¿Para la definición de los objetivos de la Unidad se analizan las necesidades y expectativas de los grupos de interés?						
4. ¿La Unidad ha identificado otras fuentes de información relevante acerca de competidores, nuevas tecnologías, etc?						
5. ¿La Unidad ha definido algún sistema para analizar y distribuir esta información?						
6. ¿Los procesos clave de la Unidad están identificados (y definidos)?						
7. ¿Los objetivos de la Unidad se establecen a través de un proceso de reflexión definido, estructurado y consensuado con la Dirección del Centro?						
8. ¿La Unidad dispone de algún tipo de documento que recoge los objetivos que debe conseguir y una planificación de actividades para garantizar que se alcancen?						
9. ¿La Unidad ha desplegado sus objetivos en los procesos?						
10. ¿Los objetivos de la Unidad son comunicados a sus trabajadores y se verifica de algún modo que las personas los conocen?						
11. ¿La Unidad ha planificado y/o utiliza algún sistema para evaluar/revisionar periódicamente la estrategia, los planes y los objetivos?						
12. ¿La Unidad dispone de y utiliza indicadores para evaluar la importancia y la efectividad de la estrategia, los planes y los objetivos?						
13. ¿La Unidad identifica y prioriza las posibles oportunidades de mejora de la estrategia, planes y objetivos mediante la medición y el aprendizaje?						
14. ¿La Unidad ha planificado o llevado a cabo acciones de mejora respecto a su estrategia, planes y objetivos?						

POLÍTICA Y ESTRATEGIA

PUNTOS FUERTES	ÁREAS DE MEJORA
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

CRITERIO 3: PERSONAS

Este criterio trata sobre: Cómo gestiona, desarrolla y aprovecha la Unidad el conocimiento y todo el potencial de las personas que la componen, tanto a escala individual, como de equipos o de la Unidad en su conjunto; y cómo planifica estas actividades en apoyo de su estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.

Los **elementos clave** son que la Unidad debe:

- Planificar la plantilla necesaria para su funcionamiento teniendo en cuenta sus índices de actividad, el presupuesto asignado y sus objetivos.
- Realizar la incorporación del personal de manera que se intente garantizar la adecuación al puesto de trabajo.
- Realizar la incorporación del personal al puesto designado de forma sistemática, mediante la aplicación de planes de mejora u otros sistemas.
- Disponer de planes de formación u otros sistemas para sus trabajadores que favorezcan el desarrollo de sus competencias y capacidades.
- Ayudar a las personas a conseguir los objetivos individuales que tienen establecidos, a mejorar su desempeño y a evaluar sus logros.
- Estructurarse en equipos de personas, mejorando así la forma de trabajar y garantizando una atención más eficaz y ágil a los clientes y grupos de interés.
- Fomentar y apoyar la participación de las personas en actividades de mejora.
- Desarrollar y utilizar canales de comunicación interna en dirección vertical y horizontal.
- Utilizar un sistema de reconocimiento a sus personas para apoyar su implicación.
- Tomar medidas para garantizar la seguridad y salud laborales.
- Evaluar y revisar la efectividad de la gestión de sus personas y en función de sus resultados, planificar o llevar a cabo acciones de mejora.

NOTAS DE APOYO

Las **personas** son todos los trabajadores de la Unidad que ofrecen, directa o indirectamente, un servicio a los clientes. La Unidad debe conseguir que todos ellos puedan alcanzar su pleno potencial en la realización de sus tareas.

Los **objetivos individuales** son los objetivos de las personas, relacionados con sus expectativas, en coherencia con los objetivos y características de la Unidad.

PERSONAS

ÍTEMS A ANALIZAR						
	nada	poco	bastante	mucho	totalmente	ns/nc
1. ¿Los responsables de la Unidad planifican la plantilla necesaria para el funcionamiento de la misma, teniendo en cuenta sus índices de actividad (personas, carteleras...), el presupuesto asignado y los objetivos de la Unidad?						
2. ¿La incorporación del personal se realiza de manera que se intenta garantizar la adecuación al puesto de trabajo (por ejemplo a través de perfiles profesionales, características de los puestos...)?						
3. ¿La incorporación del personal al puesto designado se realiza de forma sistemática mediante la aplicación de planes de acogida u otros sistemas?						
4. ¿La Unidad dispone de planes de formación para sus trabajadores u otros sistemas para favorecer el desarrollo de sus competencias y capacidades (asistencia a congresos, participación en investigación, presentación de ponencias, ...)?						
5. ¿Se ayuda a las personas a conseguir los objetivos individuales que tienen establecidos, a mejorar su desempeño y a evaluar sus logros (rendimiento)?						
6. ¿La Unidad se estructura en equipos de personas para mejorar la forma de trabajar y garantizar una atención más eficaz y ágil a los clientes y grupos de interés?						
7. ¿La Unidad fomenta y apoya la participación de sus personas en actividades de mejora (por ejemplo: grupos de trabajo, comisiones, elaboración de protocolos, etc...)?						
8. ¿La Unidad ha desarrollado y/o utiliza canales de comunicación interna (vertical y horizontal) como contactos informales, reuniones periódicas, comisiones, sesiones clínicas, grupos de trabajo, boletines internos, intranet, etc....?						
9. ¿La Unidad utiliza algún sistema de reconocimiento a sus personas mediante el cual se felicita o gratifica (recompensa, valora, premia) a quienes destacan por su implicación en la consecución de los objetivos, por los esfuerzos realizados o los logros obtenidos...?						
10. ¿La Unidad toma medidas para garantizar la seguridad y salud laborales?						
11. ¿La Unidad ha planificado y/o utiliza algún sistema para evaluar/revisionar periódicamente su gestión de las personas?						
12. ¿La Unidad dispone de (y utiliza) indicadores para evaluar la efectividad de su gestión de las personas?						
13. ¿La Unidad identifica y prioriza las posibles oportunidades de mejora de su gestión de las personas mediante la medición y el aprendizaje?						
14. ¿La Unidad ha planificado o llevado a cabo acciones de mejora respecto a la gestión de sus personas?						

PERSONAS

PUNTOS FUERTES	ÁREAS DE MEJORA
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS

Este criterio trata sobre: Cómo planifica y gestiona la Unidad sus alianzas externas y sus recursos internos en apoyo de su estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.

Los elementos clave son que la Unidad debe:

- Identificar sus aliados clave y establecer alianzas con ellos en línea con su estrategia y planes.
- Desarrollar relaciones estructuradas con sus aliados para mejorar sus procesos y ofrecer mayor satisfacción a sus clientes.
- Gestionar el presupuesto asignado en función del cumplimiento de sus objetivos tanto económicos como asistenciales.
- Evaluar sus necesidades presupuestarias de inversión en función de su efectividad.
- Utilizar indicadores económico-financieros para su gestión.
- Planificar el uso de los edificios, equipos y materiales para mejorar el desarrollo de las actividades diarias.
- Optimizar los inventarios y la rotación de materiales.
- Intenta minimizar los desperdicios y reciclar los recursos no renovables.
- Identificar, evaluar nuevas tecnologías antes de su posible incorporación e implantación.
- Introducir nuevas tecnologías en función de su estrategia y del impacto en sus clientes.
- Recoger, analizar y distribuir la información necesaria para que las personas desarrollen su trabajo de forma eficaz.
- Garantizar la precisión y seguridad de la información.
- Aprovechar y gestionar el conocimiento de sus personas, difundándolo de forma interna.
- Evaluar y revisar la efectividad de la gestión de sus alianzas externas y de sus recursos internos y en función de sus resultados, planificar o llevar a cabo acciones de mejora.

NOTAS DE APOYO

Pueden ser considerados como **aliados clave** los siguientes: hospitales de media y larga estancia, Atención Primaria, otras unidades de gestión, servicios clínicos, socios, universidad, colaboraciones en docencia, investigación y formación, proveedores, suministradores de servicios, clientes, etc...

Cuando hablamos de **tecnología** nos referimos a cualquier método técnico o forma de trabajo orientado a obtener un resultado sanitario. De manera, que son tecnologías los procedimientos diagnósticos (por ej. diagnóstico por imagen, tests funcionales...), procedimientos terapéuticos (por ej. tratamiento farmacológico, radioterapia...) o sistemas de organización de la actividad asistencial y actividad laboral en general (por ej. informática, psicoterapia, hospitalización a domicilio...).

Se puede definir el **conocimiento** como la síntesis de información que llega a la Unidad a través de las diferentes fuentes (trabajadores, estructura, clientes...), incluidas las experiencias acumulables. Es la información que posee valor para la Unidad. Hay que señalar que, hoy en día, el capital intelectual de una empresa comienza a considerarse como parte del capital de la misma.

ALIANZAS Y RECURSOS

ÍTEMS A ANALIZAR						
	nada	poco	bastante	mucho	totalmente	ns/nc
1. ¿La Unidad ha identificado a los aliados clave y establece alianzas en línea con su estrategia y planes?						
2. ¿La Unidad desarrolla relaciones estructuradas con sus aliados (reuniones periódicas, objetivos compartidos...) para mejorar sus procesos y ofrecer mayor satisfacción a sus clientes?						
3. ¿La Unidad gestiona su presupuesto de manera que apoye el cumplimiento de sus objetivos tanto económicos como asistenciales?						
4. ¿La Unidad valora y prioriza sus necesidades presupuestarias de inversión en función de su efectividad (cumplimiento de objetivos y resultados favorables)?						
5. ¿La Unidad utiliza indicadores económico-financieros para su gestión?						
6. ¿La Unidad planifica el uso de edificios, equipos y materiales en función de un mejor aprovechamiento y desarrollo de las actividades diarias?						
7. ¿La Unidad evalúa los productos y servicios de sus proveedores?						
8. ¿La Unidad optimiza los inventarios y la rotación de materiales?						
9. ¿La Unidad intenta minimizar los desperdicios y reciclar los recursos no renovables?						
10. ¿La Unidad identifica y evalúa nuevas tecnologías antes de su posible incorporación e implantación?						
11. ¿La Unidad introduce las nuevas tecnologías en función de su estrategia y del impacto en sus clientes?						
12. ¿La Unidad recoge, analiza y distribuye la información necesaria para que las personas puedan desarrollar su trabajo y puedan tomar decisiones?						
13. ¿La Unidad garantiza la precisión y seguridad de la información?						
14. ¿La Unidad gestiona el conocimiento de las personas que la componen, es decir, se transmiten y utilizan los conocimientos dentro de la Unidad?						
15. ¿La Unidad ha planificado y/o utiliza algún sistema para evaluar/revisionar periódicamente la gestión de sus alianzas externas y de sus recursos internos?						
16. ¿La Unidad dispone de (y utiliza) indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de sus alianzas externas y de sus recursos internos?						
17. ¿La Unidad identifica y prioriza las posibles oportunidades de mejora de la gestión de sus alianzas externas y de sus recursos internos mediante la medición y el aprendizaje?						
18. ¿La Unidad ha planificado o llevado a cabo acciones de mejora respecto a la gestión de sus alianzas externas y de sus recursos internos?						

ALIANZAS Y RECURSOS

PUNTOS FUERTES	ÁREAS DE MEJORA
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

CRITERIO 5: PROCESOS

Este criterio trata sobre: Cómo la Unidad diseña, gestiona y mejora sus procesos para apoyar su política y estrategia y para satisfacer plenamente, generando cada vez mayor valor, a sus clientes y otros grupos de interés.

Los elementos clave son que la Unidad debe:

- Identificar y diseñar sus procesos y subprocesos por medio de una metodología definida.
- Definir y documentar sus procesos.
- Disponer de objetivos e indicadores en los procesos para su gestión, seguimiento y medición.
- Introducir y comunicar a sus grupos de interés los cambios y mejoras en sus procesos y evaluar sus resultados.
- Implicarse de forma proactiva con sus clientes para debatir y abordar sus necesidades, expectativas y preocupaciones.
- Diseñar y mejorar sus servicios en función de las necesidades y expectativas de sus clientes.
- Utilizar los datos de las encuestas, así como cualquier otra información de su nivel de satisfacción para definir objetivos de mejora e implantar mejoras.
- Atender las quejas y reclamaciones de sus clientes.
- Evaluar y revisar la efectividad de la gestión de sus procesos y en función de sus resultados, planificar o llevar a cabo acciones de mejora.

NOTAS DE APOYO

Denominamos **proceso** a una secuencia de actividades en las que intervienen personas, materiales, energía y equipamiento, organizadas de una forma lógica que van añadiendo valor, para producir un resultado planificado y deseado por la Unidad. Un proceso debe tener entradas (inputs) y salidas (outputs) medibles y debe ser adaptable al cambio.

Encontramos tres tipos de procesos:

- **Procesos de Gestión (Estratégicos):** Procesos orientados a las actividades organizativas o estratégicas de la Unidad. Son necesarios para el mantenimiento y progreso de la misma.
- **Procesos Operativos:** Aquellos procesos que están en relación directa con el cliente, por lo que tienen un gran impacto sobre la satisfacción de éste.
- **Procesos de Apoyo:** Apoyan a los procesos operativos, para que cumplan su misión.

Entendemos por **mapa de procesos** a la representación gráfica de las actividades en forma de procesos que se desarrollan en la Unidad y las interrelaciones entre éstos y con el exterior, en función de la misión, objetivos, entradas (input) y salidas (output) de la Unidad.

EJEMPLOS

LISTADO DE PROCESOS DE UNA UNIDAD DE ANÁLISIS CLÍNICOS:**1. Procesos estratégicos:**

- Desarrollo estratégico
- Mejora continua

2. Procesos operativos:

- Recepción de la muestra y volante
- Acondicionamiento de la muestra
- Realización automatizada del análisis
- Realización manual del análisis
- Validación de resultados
- Emisión y envío de informes

3. Procesos de apoyo:

- Apoyo clínico
- Gestión de personas
- Gestión de la información
- Recursos materiales
- Gestión económica
- Hostelería

LISTADO DE PROCESOS DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA:**1. Procesos estratégicos (de gestión):**

- Planificación y gestión del centro.

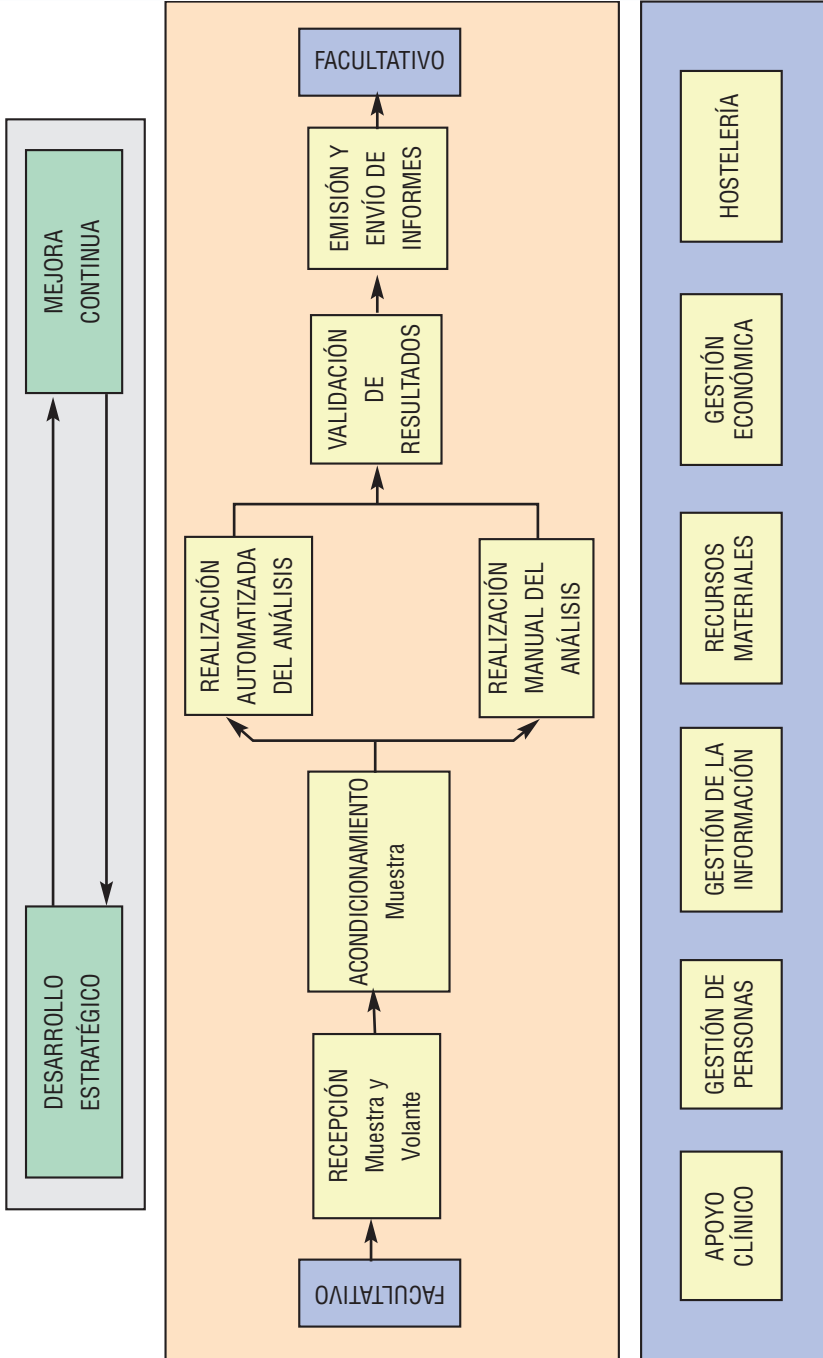
2. Procesos operativos (asistenciales):

- Actividad asistencial: (recepción de la información, citación, atención en emergencias, asistencia en consulta, asistencia a domicilio, pruebas complementarias)
- Pruebas complementarias especializada
- Atención social
- Gestión de prestación y trámites administrativos
- Intervención comunitaria

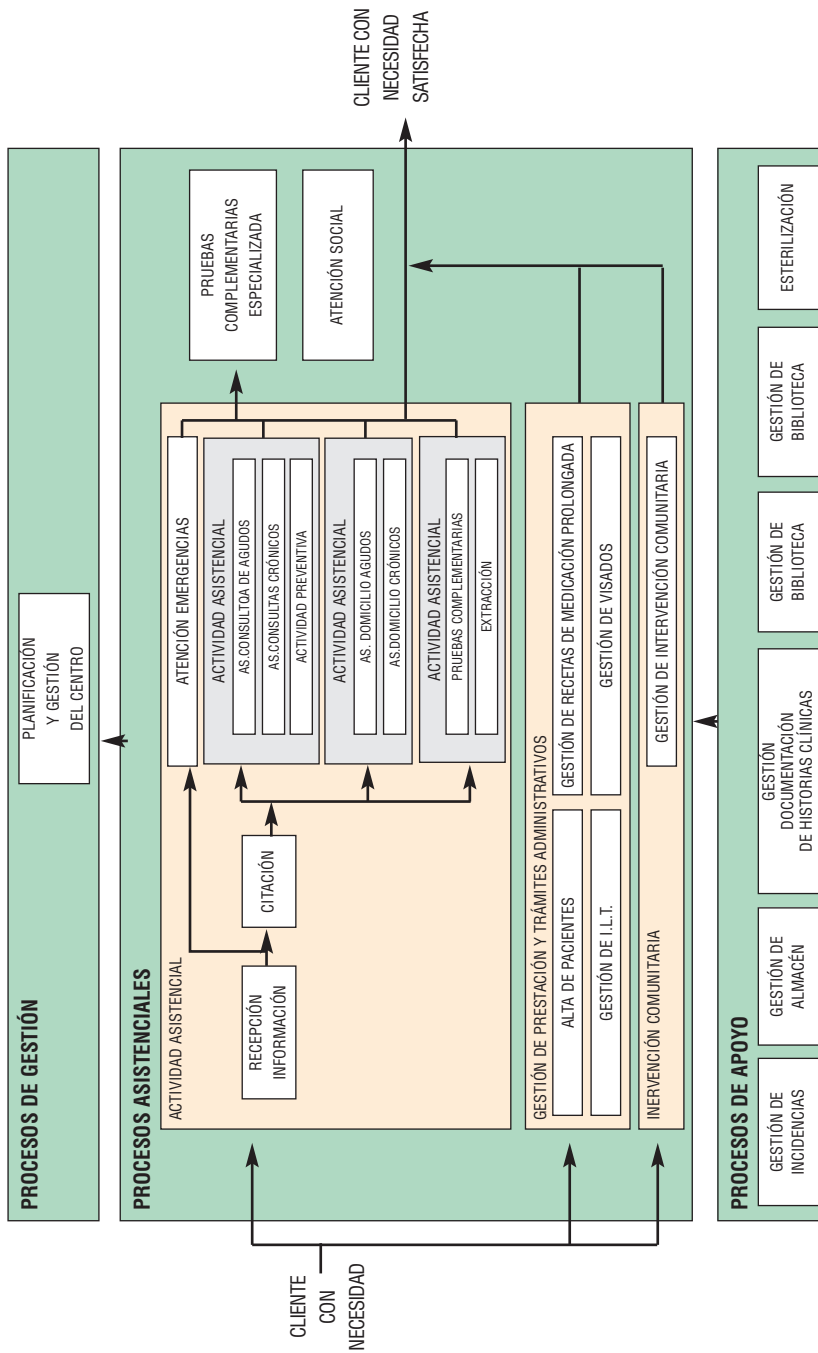
3. Procesos de apoyo:

- Gestión de almacén
- Gestión de documentación de historias clínicas
- Gestión biblioteca
- Esterilización
- Gestión de incidencias
- Gestión de residuos

MAPA DE PROCESOS DE UNIDAD DE ANÁLISIS CLÍNICOS



MAPA DE PROCESOS DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA



PROCESOS

ÍTEMS A ANALIZAR	nada	poco	bastante	mucho	totalmente	ns/nc
1. ¿La Unidad ha identificado y diseñado sus procesos y subprocesos por medio de una metodología definida (mapa de procesos, Norma ISO...)?						
2. ¿Los procesos de la Unidad se encuentran definidos y documentados: disponen de un coordinador o gestor, misión, descripción de sus clientes, entradas, salidas, diagrama de flujo...?						
3. ¿Los procesos de la Unidad disponen de objetivos e indicadores, a través de los cuales se gestionan y se mide su eficacia?						
4. ¿La Unidad introduce cambios y mejoras en sus procesos, los comunica a sus grupos de interés y evalúa sus resultados?						
5. ¿La Unidad se implica de manera proactiva con sus clientes para debatir y abordar sus necesidades, expectativas y preocupaciones (grupos de opinión con pacientes y familiares, reuniones con asociaciones de pacientes...)?						
6. ¿La Unidad diseña y mejora sus servicios en función de las necesidades y expectativas de sus clientes?						
7. ¿La Unidad utiliza los datos de las encuestas, así como cualquier otra información de su nivel de satisfacción (quejas, felicitaciones, opiniones y sugerencias recogidas a través del contacto habitual con pacientes y familiares) para definir objetivos de mejora e implantar mejoras?						
8. ¿La Unidad atiende (y gestiona) las quejas y reclamaciones de sus clientes?						
9. ¿La Unidad ha planificado y utiliza algún sistema para evaluar/revisar periódicamente la gestión de sus procesos y la orientación al cliente?						
10. ¿La Unidad dispone de (y utiliza) indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de sus procesos y la orientación al cliente?						
11. ¿La Unidad identifica y prioriza las posibles oportunidades de mejora de la gestión de sus procesos mediante la medición y el aprendizaje y la orientación al cliente?						
12. ¿La Unidad ha planificado o llevado a cabo acciones de mejora respecto a la gestión de sus procesos y la orientación al cliente?						

PROCESOS

PUNTOS FUERTES	ÁREAS DE MEJORA
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

7 EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE RESULTADO

Los cuatro criterios de Resultados que, como hemos dicho anteriormente, se ocupan de los logros alcanzados por la Unidad son:

Criterio 6	→	Resultados en los clientes
Criterio 7	→	Resultados en las personas
Criterio 8	→	Resultados en la sociedad
Criterio 9	→	Resultados clave

En esta guía hemos cambiado la denominación de algunos criterios para facilitar su comprensión, de tal forma que el criterio 6 se denomina “Resultados de Satisfacción en los Clientes”, el 7 “Resultados de Satisfacción en las Personas” y el 8 “Resultados de Satisfacción en la Sociedad (Responsabilidad Social)”.

En el modelo original, cada criterio de Resultados se descompone en dos subcriterios, que en cierta medida, también se contemplan en esta guía.

Tienen también unos atributos basados propiamente en los Resultados con cifras concretas y dentro de un ámbito de aplicación.

Para que una unidad sea considerada excelente, los **Resultados** mostrarán **tendencias** positivas y/o un buen rendimiento sostenido, los **objetivos** serán adecuados y se alcanzarán, y el rendimiento será bueno **comparado** con el de otras unidades y será **consecuencia** de los enfoques. Además, el **ámbito de aplicación** de los resultados abordará las áreas relevantes.

Los resultados de la Unidad y la tendencia de todos los criterios de Resultado deben tratarse en términos de:

- lo conseguido realmente por la Unidad
- los propios objetivos de la Unidad

y, si es posible, compararse con:

- los resultados de otras unidades
- los resultados de aquellas unidades consideradas como “las mejores”.

Podemos decir que los elementos clave de estos criterios son que la Unidad debe:

- Tener indicadores para los elementos recomendados por el Modelo.
- Recogerlos de forma periódica y estructurada.
- Comprobar si la tendencia de los resultados a lo largo de los años es positiva.
- Tener objetivos establecidos para los indicadores.
- Comprobar si se alcanzan esos objetivos.
- Tener datos de otras unidades con las que poder compararse.
- Comprobar si sus resultados son mejores o peores que los de otras unidades.
- Establecer planes y equipos de mejora en función de los resultados obtenidos.

A la hora de realizar la autoevaluación, el equipo evaluador de la Unidad, debe cumplimentar las preguntas establecidas para cada criterio de resultado, teniendo en cuenta los datos de los indicadores identificados, indicar los puntos fuertes y enumerar las áreas de mejora.

Los indicadores que ha identificado la Unidad para cada criterio de Resultado deben ser relevantes y estar definidos con mucha precisión. Además deben estar identificados en cuanto a su importancia para la satisfacción de los clientes, personas y sociedad.

El equipo evaluador tiene que emitir un juicio sobre los siguientes elementos:

- **Tendencias:**

Se debe valorar la tendencia de cada indicador. En los criterios de resultados, las unidades deben proporcionar información en forma de tendencias de los datos a lo largo de varios años. Estas tendencias se referirán a los parámetros empleados para medir cada uno de los criterios de resultados. En este sentido, una tendencia positiva fuerte es aquella que muestra una mejora en cada uno de los años en los que ésta se presenta.

- **Objetivos propios:**

Se debe valorar en qué grado se han alcanzado los objetivos propios que se habían trazado, teniendo en cuenta siempre que estos objetivos deben ser los adecuados a las posibilidades y demandas de la Unidad.

La comparación favorable con respecto a objetivos propios significa alcanzar o situarse muy cerca de los objetivos previamente señalados.

- **Comparación externa:**

Se debe valorar en qué situación se encuentra la Unidad frente a otras, ya que la EFQM anima a las organizaciones a comparar sus resultados con organizaciones externas.

- **Causas:**

Se debe valorar si existe una relación causa-efecto entre aquellos aspectos de los criterios agentes relacionados con el indicador y los resultados.

Hay que buscar evidencias de si la mejora de los resultados es el resultado del trabajo realizado con los Agentes Facilitadores, diferenciándolo de la mejora producida por otras causas.

- **Ámbito de aplicación de los resultados:**

Se debe valorar el grado en que los resultados presentados abarcan las áreas relevantes de la Unidad. Preferentemente deberán ser los grupos de interés quienes hayan determinado cuáles son para ellos los parámetros relevantes y cuál es la importancia relativa entre unos y otros.

A la hora de realizar la autoevaluación, el equipo evaluador de la Unidad, debe cumplimentar las preguntas establecidas para cada criterio de resultado, teniendo en cuenta los datos de los indicadores identificados.

Para ello debe reflexionar sobre las evidencias disponibles, en forma de datos, las cuales deben hacer referencia a las tendencias, los objetivos, las comparaciones, la relación causa-efecto y el ámbito de aplicación, tal como establecen los atributos de los criterios de Resultado en el Modelo EFQM.

Es conveniente documentar por escrito los datos, en la medida en que puede facilitar la evaluación e incluso, la confección de una memoria.

A continuación se presenta la correspondencia entre las “categorías” de la escala presentada en esta Guía y las “evidencias” que aportan los datos, según la terminología utilizada en el Modelo EFQM.

Nada	Sin resultados
Poco	Algunos resultados favorables en algunas áreas
Bastante	Bastantes resultados favorables en bastantes áreas al menos en los 3 últimos años
Mucho	La mayoría de los resultados son favorables en la mayoría de las áreas al menos en los 3 últimos años
Totalmente	Resultados excelentes en el total de las áreas al menos en los 5 últimos años

Finalmente, el equipo gestor debe identificar para cada criterio los “puntos fuertes” y las “áreas de mejora”.

Los puntos fuertes son aquellos resultados que se encuentran mejor en la Unidad. Y las áreas de mejora son aquellos aspectos mejorables en los resultados de la Unidad.

Sintetizando, las preguntas de la Guía están diseñadas para ver en qué situación se encuentra la Unidad, en cuanto a la aplicación del esquema REDER en sus resultados.

CRITERIO 6: RESULTADOS DE SATISFACCIÓN EN LOS CLIENTES

Este criterio trata sobre: Qué logros está alcanzando la Unidad en relación con la satisfacción de sus clientes externos.

La autoevaluación debe demostrar en este criterio el éxito que tiene la Unidad para satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes externos.

La Unidad debe medir la percepción del cliente externo de manera directa e indirecta. Asimismo, esta medición debe estar basada en áreas identificadas como importantes por los clientes, teniendo en cuenta aquellos aspectos que la Unidad puede mejorar dentro de su cometido específico.

A) MEDICIÓN DIRECTA DE LA PERCEPCIÓN DEL CLIENTE EXTERNO

La Unidad debe medir la percepción de los diferentes colectivos de clientes a través de información recogida directamente de ellos, mediante las encuestas de satisfacción instauradas con carácter corporativo en todos los centros de Osakidetza, grupos focales, equipos de trabajo conjuntos, etc.

B) MEDICIÓN INDIRECTA DE LA PERCEPCIÓN DEL CLIENTE EXTERNO

La Unidad debe completar la información anterior con medidas indirectas de rendimiento interno, relacionadas con la percepción del cliente externo, para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento en relación con él.

La Unidad debería realizar un listado de los indicadores de los que dispone para hacer un seguimiento de los mismos. De manera que en el momento de evaluar los resultados que obtiene con relación a sus clientes externos, pueda contestar a las preguntas tras el análisis realizado de los indicadores.

EJEMPLOS

DIMENSIONES DE SATISFACCIÓN Y EJEMPLOS DE INDICADORES:

DIMENSIONES DE SATISFACCIÓN	Ejemplos de indicadores de la Unidad	Datos de la Unidad					
		2001		2002		2003	
		Real	Objetivo	Real	Objetivo	Real	Objetivo
1. ACCESIBILIDAD A LA UNIDAD	DIRECTOS	Percepción (resultados de encuestas...)					
	INDIRECTOS	Demora media de consultas % pacientes citados en menos de 24 horas					
2. TRATO RECIBIDO POR PARTE DEL PERSONAL DE LA UNIDAD	DIRECTOS	Percepción (resultados de encuestas...)					
	INDIRECTOS	Nº de reclamaciones interpuestas Altas voluntarias					
3. CAPACIDAD TÉCNICA DEL PERSONAL	DIRECTOS	Percepción (resultados de encuestas...)					
	INDIRECTOS	Adecuación de profilaxis antibiótica Porcentaje de cumplimiento de los criterios de buena atención de la oferta preferente					
4. INFORMACIÓN	DIRECTOS	Percepción (resultados de encuestas...)					
	INDIRECTOS	Plan de acogida en la Unidad % procesos de la oferta preferente con Guía de Información					
5. HOSTELERÍA	DIRECTOS	Percepción (resultados de encuestas...)					
	INDIRECTOS	Nº de reclamaciones interpuestas % camas con sillón de acompañante					

6.	ÁREA DE RESULTADOS Y VALORACIÓN GLOBAL	DIRECTOS	Percepción (resultados de encuestas...)						
		INDIRECTOS	Reingresos						
			Complicaciones						

Las dimensiones e indicadores que aquí se presentan son ejemplos, de carácter general y orientativos. Cada Unidad, dependiendo de sus peculiaridades, eliminará o añadirá aquellas dimensiones o indicadores que considere que le aportan información necesaria sobre la satisfacción de sus clientes externos.

RESULTADOS DE SATISFACCIÓN EN LOS CLIENTES

ÍTEMS A ANALIZAR	nada	poco	bastante	mucho	totalmente	ns/nc
	1. ¿La Unidad ha identificado a todos sus clientes? (los diferentes tipos de clientes)					
2. ¿La Unidad ha identificado cuáles son los aspectos significativos acerca de la satisfacción de sus clientes y su importancia relativa para lograr ésta?						
3. ¿La Unidad ha establecido los indicadores directos relacionados con la percepción de los clientes, referente al servicio y atención que se les ofrece?						
4. ¿La Unidad recoge estos indicadores directos de forma periódica y estructurada; es decir, pregunta periódicamente acerca del grado de satisfacción de sus clientes mediante encuestas, grupos de trabajo conjunto y/o grupos focales?						
5. ¿La Unidad analiza los resultados de los indicadores directos de satisfacción de los clientes, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?						
6. ¿La Unidad ha establecido objetivos para los indicadores directos de satisfacción de los clientes y éstos se alcanzan en los últimos años?						
7. ¿La Unidad tiene datos de otras unidades similares con las que establece comparaciones de los indicadores directos de satisfacción de los clientes y éstas son favorables en los últimos años?						
8. ¿La Unidad ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados de los indicadores directos de satisfacción de los clientes obtenidos?						
9. ¿La Unidad dispone de indicadores directos de satisfacción de los clientes para todas las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de sus clientes?						
10. ¿La Unidad realiza comparaciones con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados directos de satisfacción de clientes y aprende de ellas?						
11. ¿La Unidad ha identificado indicadores indirectos (de rendimiento interno) que le dan información que complementa la obtenida de la percepción?						
12. ¿La Unidad recoge los indicadores indirectos de satisfacción de clientes de forma periódica y estructurada?						
13. ¿La Unidad analiza los resultados de los indicadores indirectos de satisfacción de los clientes, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?						
14. ¿La Unidad ha establecido objetivos para los indicadores indirectos de satisfacción de los clientes y éstos se alcanzan en los últimos años?						
15. ¿La Unidad tiene datos de otras unidades similares de los indicadores indirectos de satisfacción de los clientes con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?						
16. ¿La Unidad ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos de los indicadores indirectos de satisfacción de los clientes?						
17. ¿La Unidad dispone de indicadores indirectos para todas las áreas relevantes de la medición de la satisfacción de sus clientes?						
18. ¿La Unidad realiza comparaciones con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas en resultados indirectos de satisfacción de los clientes?						

RESULTADOS DE SATISFACCIÓN EN LOS CLIENTES

PUNTOS FUERTES	ÁREAS DE MEJORA
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

CRITERIO 7: RESULTADOS DE SATISFACCIÓN EN LAS PERSONAS

Este criterio trata sobre: Qué logros está alcanzando la Unidad en relación con la satisfacción de las personas que la integran.

La autoevaluación debe demostrar en este criterio el éxito que tiene la Unidad para satisfacer las necesidades y expectativas de las personas que la integran.

La Unidad debe medir la percepción de sus personas de manera directa e indirecta. Asimismo, esta medición se debe realizar sobre aquellos aspectos considerados como importantes por las personas, teniendo en cuenta las restricciones externas existentes para el sector público en cuanto a la gestión del personal.

El criterio 7 tiene una relación estrecha con el criterio 3, de modo que los sistemas contemplados en este criterio de “PERSONAS”, deben tener una consecuencia en el criterio de “RESULTADOS EN LAS PERSONAS”.

A) MEDICIÓN DIRECTA DE LA PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS

La Unidad debe medir la percepción de las personas que la integran, a través de información recogida directamente de ellas, mediante la encuesta corporativa de Osakidetza, grupos focales, grupos de discusión, entrevistas y evaluaciones de rendimiento estructuradas, etc.

B) MEDICIÓN INDIRECTA DE LA PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS

La Unidad debe completar la información anterior con otras medidas indirectas internas, relacionadas con la percepción de las personas, para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento, así como anticipar sus percepciones.

La Unidad debería realizar un listado de los indicadores de los que dispone para hacer un seguimiento de los mismos. De manera que en el momento de evaluar los resultados que obtiene con relación a sus personas, pueda contestar a las preguntas tras el análisis realizado de los indicadores.

EJEMPLOS

DIMENSIONES DE SATISFACCIÓN Y EJEMPLOS DE INDICADORES:

DIMENSIONES DE SATISFACCIÓN		Ejemplos de indicadores de la Unidad		Datos de la Unidad					
				2001		2002		2003	
				Real	Objetivo	Real	Objetivo	Real	Objetivo
1.	SEGURIDAD Y SALUD LABORAL	DIRECTOS	Percepción (resultados de encuestas...)						
		INDIRECTOS	Índice de absentismo por accidentes laborales						
			Enfermedades profesionales						
2.	CONDICIONES DE TRABAJO	DIRECTOS	Percepción (resultados de encuestas...)						
		INDIRECTOS	% personas con empleo estable						
			Productividad						
3.	FORMACIÓN	DIRECTOS	Percepción (resultados de encuestas...)						
		INDIRECTOS	Nº de cursos por persona						
			Valoración de la formación						
4.	IDENTIFICACIÓN CON EL PUESTO Y DESARROLLO PROFESIONAL	DIRECTOS	Percepción (resultados de encuestas...)						
		INDIRECTOS	Nº de peticiones de cambio de puesto						
			Nº de promociones						
5.	RECONOCIMIENTO	DIRECTOS	Percepción (resultados de encuestas...)						
		INDIRECTOS	Nº de reconocimientos						
			Nº de recompensas						

6.	RETRIBUCIÓN	DIRECTOS	Percepción (resultados de encuestas...)						
		INDIRECTOS	Retribución Complementos retributivos						
7.	RELACIÓN MANDO-COLABORADOR	DIRECTOS	Percepción (resultados de encuestas...)						
		INDIRECTOS	% personas con entrevista personal con el mando Nº de sugerencias aceptadas						
8.	PARTICIPACIÓN	DIRECTOS	Percepción (resultados de encuestas...)						
		INDIRECTOS	% personas que participan en actividades de mejora de la Unidad % personas con objetivos individuales						
9.	ORGANIZACIÓN Y MEJORA	DIRECTOS	Percepción (resultados de encuestas...)						
		INDIRECTOS	Nº de procesos estabilizados o certificados						
10.	CLIMA DE TRABAJO	DIRECTOS	Percepción (resultados de encuestas...)						
		INDIRECTOS	Nº de personas que participan en grupos o Comisiones con otras personas de fuera de la Unidad						

11.	COMUNICACIÓN	DIRECTOS	Percepción (resultados de encuestas...)					
		INDIRECTOS	Plan de acogida a personas de nueva incorporación					
12.	CONOCIMIENTO E IDENTIFICACIÓN CON OBJETIVOS	DIRECTOS	Percepción (resultados de encuestas...)					
		INDIRECTOS	Nº de reuniones para la transmisión de objetivos anuales y resultados					

Las dimensiones e indicadores que aquí se presentan son ejemplos, de carácter general y orientativos. Cada Unidad, dependiendo de sus peculiaridades, eliminará o añadirá aquellas dimensiones o indicadores que considere que le aportan información necesaria sobre la satisfacción de sus personas.

RESULTADOS DE SATISFACCIÓN EN LAS PERSONAS

ÍTEMS A ANALIZAR										nada	poco	bastante	mucho	totalmente	ns/nc	
1. ¿La Unidad ha identificado cuáles son los aspectos significativos acerca de la satisfacción de las personas y su importancia relativa para lograr ésta?																
2. ¿La Unidad ha establecido los indicadores directos relacionados con la percepción de las personas, referentes a la satisfacción de éstas?																
3. ¿La Unidad recoge estos indicadores directos de forma periódica y estructurada, es decir, pregunta periódicamente acerca del grado de satisfacción de sus personas mediante encuestas, grupos de trabajo conjunto y/o grupos focales?																
4. ¿La Unidad analiza los resultados de los indicadores directos de satisfacción de personas, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?																
5. ¿La Unidad ha establecido objetivos para los indicadores directos de satisfacción de personas y éstos se alcanzan en los últimos años?																
6. ¿La Unidad tiene datos de indicadores directos de satisfacción de personas de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?																
7. ¿La Unidad ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos en los indicadores directos de satisfacción de personas?																
8. ¿La Unidad dispone de indicadores directos de satisfacción de personas para todas las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de sus clientes?																
9. ¿La Unidad realiza comparaciones con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas?																
10. ¿La Unidad ha identificado indicadores indirectos (de rendimiento interno) que le dan información que complementa la obtenida de la percepción?																
11. ¿La Unidad recoge los indicadores indirectos de forma periódica y estructurada?																
12. La Unidad analiza los resultados de los indicadores indirectos de satisfacción de personas, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?																
13. ¿La Unidad ha establecido objetivos para los indicadores indirectos de satisfacción de personas y éstos se alcanzan en los últimos años?																
14. ¿La Unidad tiene datos de los indicadores indirectos de satisfacción de personas de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?																
15. ¿La Unidad ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos en los indicadores indirectos de satisfacción de personas?																
16. ¿La Unidad dispone de indicadores indirectos de satisfacción de personas para todas las áreas relevantes de la medición indirecta de la satisfacción de sus clientes?																
17. ¿La Unidad realiza comparaciones de los indicadores indirectos de satisfacción de personas con otras unidades más avanzadas como las mejores y aprende de ellas?																

RESULTADOS DE SATISFACCIÓN EN LAS PERSONAS

PUNTOS FUERTES	ÁREAS DE MEJORA
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

CRITERIO 8: RESULTADOS DE SATISFACCIÓN EN LA SOCIEDAD (RESPONSABILIDAD SOCIAL)

Este criterio trata sobre: Qué logros está alcanzando la Unidad en la sociedad.

La Unidad tiene un impacto sobre la sociedad por la propia naturaleza de sus responsabilidades primarias. Pero este criterio mide el impacto de la Unidad en la sociedad en aquellos temas que no están relacionados ni con sus responsabilidades, ni con sus obligaciones normativas. La Unidad debe medir la percepción que tiene la sociedad de ella, de manera directa e indirecta.

A) MEDICIÓN DIRECTA DE LA PERCEPCIÓN DE LA SOCIEDAD

La Unidad debe medir la percepción de la sociedad, a través de información recogida directamente de ella, mediante encuestas, informes, reuniones públicas, representantes sociales y autoridades gubernativas, etc.

B) MEDICIÓN INDIRECTA DE LA PERCEPCIÓN DE LA SOCIEDAD

La Unidad debe completar la información anterior con otras medidas indirectas internas, relacionadas con la percepción de la sociedad, para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento, así como anticipar sus percepciones.

La Unidad debería realizar un listado de los indicadores de los que dispone para hacer un seguimiento de los mismos. De manera que en el momento de evaluar los resultados que obtiene con relación a la sociedad, pueda contestar a las preguntas tras el análisis realizado de los indicadores.

EJEMPLOS

EJEMPLOS DE INDICADORES:

Ejemplos de Indicadores de la Unidad	Datos de la Unidad					
	2001		2002		2003	
	Real	Objetivo	Real	Objetivo	Real	Objetivo
Nº de personas participantes en ayuda humanitaria, ONGs o similares.						
Nº de actividades docentes en otros centros (colegios, ayuntamientos....)						
Nº de becarios adscritos a la Unidad						
Nº de actividades científicas						
Colaboraciones con asociaciones						

Los indicadores que aquí se presentan son ejemplos, de carácter general y orientativos. Cada Unidad, dependiendo de sus peculiaridades, identificará aquellos indicadores más relevantes y significativos que considere que le aportan información necesaria sobre sus resultados de satisfacción en la sociedad.

RESULTADOS DE SATISFACCIÓN EN LA SOCIEDAD

ÍTEMS A ANALIZAR							nada	poco	bastante	mucho	totalmente	ns/nc
1. ¿La Unidad ha identificado cuáles son las necesidades y expectativas de su comunidad o sociedad en su relación con ella (impacto ecológico, reducción de residuos, embalajes, ruidos y contaminación, patrocinio de obras sociales y otros aspectos relativos al impacto social, excluidos los inherentes a su Misión)?												
2. ¿La Unidad ha establecido una estrategia y planes al respecto?												
3. ¿La Unidad utiliza indicadores directos (medidas de percepción) de su entorno social?												
4. ¿La Unidad recoge los indicadores directos, de forma periódica y estructurada; es decir, pregunta periódicamente acerca del grado de satisfacción de su entorno social mediante encuestas, informes, reuniones con representantes sociales, autoridades gubernativas, etc?												
5. ¿La Unidad analiza los resultados de los indicadores directos de satisfacción en la sociedad, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?												
6. ¿La Unidad ha establecido objetivos para los indicadores directos de satisfacción en la sociedad y éstos se alcanzan en los últimos años?												
7. ¿La Unidad tiene datos de indicadores directos de satisfacción en la sociedad de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?												
8. ¿La Unidad ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos de los indicadores directos de satisfacción en la sociedad?												
9. ¿La Unidad dispone de indicadores directos para todas las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de la sociedad?												
10. ¿La Unidad realiza comparaciones de los indicadores directos de satisfacción en la sociedad con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas?												
11. ¿La Unidad ha identificado indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción en la sociedad que le dan información que complementa la obtenida de la percepción?												
12. ¿La Unidad recoge los indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad de forma periódica y estructurada?												
13. ¿La Unidad analiza los resultados de los indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?												
14. ¿La Unidad ha establecido objetivos para los indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad y éstos se alcanzan en los últimos años?												
15. ¿La Unidad tiene datos de indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?												
16. ¿La Unidad ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos de indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad?												
17. ¿La Unidad dispone de indicadores indirectos para todas las áreas relevantes de la medición indirecta de la satisfacción de la sociedad?												
18. ¿La Unidad realiza comparaciones de indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas?												

RESULTADOS DE SATISFACCIÓN EN LA SOCIEDAD

PUNTOS FUERTES	ÁREAS DE MEJORA
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

CRITERIO 9: RESULTADO CLAVE

Este criterio trata sobre: Qué logros está alcanzando la Unidad con relación al rendimiento planificado.

Los resultados en este criterio están relacionados con aquello que la Unidad ha determinado como logros esenciales y que pueden medirse para su éxito tanto a corto plazo como para lograr su estrategia a largo plazo. Los resultados de la Unidad son medidas de la eficacia y eficiencia en la prestación del servicio/s que ofrece y la consecución de metas y objetivos, incluyendo aquellos que son señalados desde la Administración Pública.

Estas medidas son tanto financieras como no financieras (resultados de salud). Se dividen en resultados clave y en indicadores clave. Muchas de ellas estarán directamente relacionadas con la estrategia y con los procesos clave.

Según el objeto y los objetivos de la Unidad, algunas de las medidas contenidas en las directrices para los Resultados Clave del Rendimiento de la Unidad pueden aplicarse a los Indicadores Clave del Rendimiento de la Unidad y viceversa.

A) RESULTADOS CLAVE DEL RENDIMIENTO DE LA UNIDAD

Estas medidas son los resultados clave planificados por la Unidad que hacen referencia a los procesos clave.

B) INDICADORES CLAVE DEL RENDIMIENTO DE LA UNIDAD

Son las medidas operativas que utiliza la Unidad para supervisar, entender, predecir y mejorar los resultados clave del rendimiento de la misma.

En este criterio no se considerarán aquellos indicadores que, pudiendo considerarse como *clave*, hayan sido incluidos en los otros tres criterios de resultado.

EJEMPLOS

ÁREAS RELEVANTES Y EJEMPLOS DE INDICADORES

ÁREAS RELEVANTES	Ejemplos de indicadores de la Unidad	Datos de la Unidad						
		2001		2002		2003		
		Real	Objetivo	Real	Objetivo	Real	Objetivo	
RESULTADOS CLAVE	RESULTADOS ECONÓMICOS GLOBALES	Gastos y/o presupuesto anual (funcionamiento, personal, farmacia ...)						
		Coste del proceso						
		Coste real asistencial/TIPs (farmacia, laboratorio, radiología ...)						
	RESULTADOS DE ACTIVIDAD	OFERTAS DE SERVICIOS BÁSICOS	Hospitalización					
			Urgencias					
			Pruebas complementarias					
	RESULTADOS DE ACTIVIDAD	OFERTAS DE SERVICIOS PREFERENTES / PROCESO SINGULARIZADOS	Consultas (primaria/especializada)					
			Atención domiciliaria					
			Cáncer					
			Salud mental					
INDICADORES DE CALIDAD/ INDICADORES CLAVE	COMPROMISOS DE CALIDAD DEL CONTRATO-PROGRAMA O CONTRATO DE GESTIÓN CLÍNICA:	Aparato cardiovascular						
		Utilización de recursos (derivaciones, estancia media, ambulatorización de procesos, CMA, rendimiento de equipos e instalaciones)						
		Indicadores generales (accesibilidad, reclamaciones, infección nosocomial...)						
INDICADORES DE CALIDAD/ INDICADORES CLAVE	COMPROMISOS DE CALIDAD DEL CONTRATO-PROGRAMA O CONTRATO DE GESTIÓN CLÍNICA:	Indicadores de procesos singularizados y de oferta preferente (% cumplimiento de criterios de buena atención, supervivencia en cáncer...)						
		Otros procesos relacionados con la misión y objetivos estratégicos (trasplantes, alta tecnología, cuidados paliativos...) Tecnología, formación y conocimiento (formación MIR, proyectos de investigación, publicaciones...)						

Las áreas e indicadores que aquí se presentan son ejemplos, de carácter general y orientativos. Cada Unidad, dependiendo de sus peculiaridades, eliminará o añadirá aquellas otras áreas o indicadores que considere que le aportan información necesaria sobre sus resultados o logros más significativos.

RESULTADOS CLAVE

ÍTEMS A ANALIZAR						
	nada	poco	bastante	mucho	totalmente	ns/nc
1. ¿La Unidad ha definido cuáles son sus resultados clave, en línea con su estrategia, planes y procesos?						
2. ¿Los resultados clave están consensuados, al menos a nivel del equipo responsable de la Unidad (líder de la Unidad junto con otros responsables)?						
3. ¿La Unidad analiza los resultados clave, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?						
4. ¿La Unidad ha establecido objetivos para los resultados clave y éstos se alcanzan en los últimos años?						
5. ¿La Unidad tiene datos de los resultados clave de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?						
6. ¿La Unidad ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados clave obtenidos?						
7. ¿La Unidad dispone de información para todas las áreas relevantes de la gestión de resultados clave?						
8. ¿La Unidad realiza comparaciones de los resultados clave con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas?						
9. ¿La Unidad ha definido cuáles son sus indicadores clave?						
10. ¿Los indicadores clave están consensuados, al menos a nivel del equipo responsable de la Unidad (líder de la Unidad junto con otros responsables)?						
11. ¿La Unidad analiza los resultados de los indicadores clave, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?						
12. ¿La Unidad ha establecido objetivos para los indicadores clave y éstos se alcanzan en los últimos años?						
13. ¿La Unidad tiene datos de los resultados clave de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?						
14. ¿La Unidad ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados clave obtenidos?						
15. ¿La Unidad dispone de indicadores clave de todas las áreas relevantes de los resultados clave?						
16. ¿La Unidad realiza comparaciones de los indicadores clave con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas?						

RESULTADOS CLAVE

PUNTOS FUERTES	ÁREAS DE MEJORA
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

8 PRIORIZACIÓN DE LAS ÁREAS DE MEJORA

La Unidad debe tener en cuenta que la autoevaluación es parte de su proceso de mejora continua.

La fase más crítica del proceso de autoevaluación es la planificación e implantación de las acciones de mejora derivadas de ella.

Tras realizar la evaluación de cada criterio, la Unidad debe reflexionar sobre los puntos fuertes y áreas de mejora señaladas. Debe poder responder a las siguientes tres preguntas:

- ¿Qué puntos fuertes hemos identificado en nuestra gestión que puedan mantenerse y aprovecharse al máximo?
- ¿Qué puntos fuertes identificados necesitan todavía mayor desarrollo?
- ¿Qué áreas identificadas de mejora reconocemos y vemos como de máxima importancia abordar?

Habitualmente se identifican muchas áreas de mejora, por lo que, ante la imposibilidad de abordarlas todas por la falta de recursos, es necesario que sean priorizadas. Por otro lado, la naturaleza de las actividades de la Unidad determinará la oportunidad de considerar o no ciertas acciones de mejora.

Por consiguiente, se deben priorizar las áreas de mejora “vitales”, para lo cual pueden existir diversos mecanismos. Nosotros, en esta guía, añadimos uno como propuesta.

Según el mecanismo propuesto, el equipo evaluador de la Unidad, evaluará consensualmente cada área de mejora según los criterios de selección señalados:

- Impacto positivo en los clientes
- Impacto positivo en otros aspectos de la Unidad
- Viabilidad (recursos necesarios, restricciones legales,...)
- Necesidad de mejora (situación de la competencia, posición baja de partida, mejora de imagen de la Unidad),

de acuerdo con la siguiente escala de puntuación:

5 puntos:	ALTO
3 puntos:	MEDIO
1 punto:	BAJO

Después, hallará la puntuación total de cada área, sumando los puntos obtenidos en los cuatro criterios.

Teniendo en cuenta todo este proceso de reflexión realizado hasta el momento, el equipo gestor deberá decidir cuáles son las áreas de mejora prioritarias.

PRIORIZACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN 5 ALTO // 3 MEDIO // 1 BAJO				TOTAL
Impacto positivo en los clientes	Impacto positivo en el resto de áreas de la Unidad	Inversión en recursos, restricciones legales o de otro tipo	Posición baja de partida, competencia, mejora de imagen	
Impacto Cliente	Impacto Unidad	Viabilidad	Necesidad	
ÁREAS DE MEJORA				
CRITERIO 1 LIDERAZGO				
PRIORIZACIÓN EQUIPO GESTOR				

PRIORIZACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN 5 ALTO // 3 MEDIO // 1 BAJO				TOTAL
Impacto positivo en los clientes	Impacto positivo en el resto de áreas de la Unidad	Inversión en recursos, restricciones legales o de otro tipo	Posición baja de partida, competencia, mejora de imagen	
Impacto Cliente	Impacto Unidad	Viabilidad	Necesidad	
ÁREAS DE MEJORA POLÍTICA Y ESTRATEGIA				
PRIORIZACIÓN EQUIPO GESTOR				

PRIORIZACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN 5 ALTO // 3 MEDIO // 1 BAJO				TOTAL
Impacto positivo en los clientes	Impacto positivo en el resto de áreas de la Unidad	Inversión en recursos, restricciones legales o de otro tipo	Posición baja de partida, competencia, mejora de imagen	
Impacto Cliente	Impacto Unidad	Viabilidad	Necesidad	
ÁREAS DE MEJORA PERSONAS CRITERIO 3				
PRIORIZACIÓN EQUIPO GESTOR				

PRIORIZACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN 5 ALTO // 3 MEDIO // 1 BAJO				TOTAL
Impacto positivo en los clientes	Impacto positivo en el resto de áreas de la Unidad	Inversión en recursos, restricciones legales o de otro tipo	Posición baja de partida, competencia, mejora de imagen	
Impacto Cliente	Impacto Unidad	Viabilidad	Necesidad	
CRITERIO 4 RECURSOS Y ALIANZAS ÁREAS DE MEJORA				
PRIORIZACIÓN EQUIPO GESTOR				

PRIORIZACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN 5 ALTO // 3 MEDIO // 1 BAJO				TOTAL
Impacto positivo en los clientes	Impacto positivo en el resto de áreas de la Unidad	Inversión en recursos, restricciones legales o de otro tipo	Posición baja de partida, competencia, mejora de imagen	
Impacto Cliente	Impacto Unidad	Viabilidad	Necesidad	
ÁREAS DE MEJORA 				
CRITERIO 5 PROCESOS				
PRIORIZACIÓN EQUIPO GESTOR				

PRIORIZACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN 5 ALTO // 3 MEDIO // 1 BAJO				TOTAL
Impacto positivo en los clientes	Impacto positivo en el resto de áreas de la Unidad	Inversión en recursos, restricciones legales o de otro tipo	Posición baja de partida, competencia, mejora de imagen	
Impacto Cliente	Impacto Unidad	Viabilidad	Necesidad	
CRITERIO 6 RESULTADOS DE SATISFACCIÓN EN LOS CLIENTES	ÁREAS DE MEJORA			
PRIORIZACIÓN EQUIPO GESTOR				

PRIORIZACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN 5 ALTO // 3 MEDIO // 1 BAJO				TOTAL
Impacto positivo en los clientes	Impacto positivo en el resto de áreas de la Unidad	Inversión en recursos, restricciones legales o de otro tipo	Posición baja de partida, competencia, mejora de imagen	
Impacto Cliente	Impacto Unidad	Viabilidad	Necesidad	
CRITERIO 7 RESULTADOS DE SATISFACCIÓN EN LAS PERSONAS	ÁREAS DE MEJORA			
PRIORIZACIÓN EQUIPO GESTOR				

PRIORIZACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN 5 ALTO // 3 MEDIO // 1 BAJO				TOTAL
Impacto positivo en los clientes	Impacto positivo en el resto de áreas de la Unidad	Inversión en recursos, restricciones legales o de otro tipo	Posición baja de partida, competencia, mejora de imagen	
Impacto Cliente	Impacto Unidad	Viabilidad	Necesidad	
CRITERIO 8 RESULTADOS DE SATISFACCIÓN EN LA SOCIEDAD	ÁREAS DE MEJORA			
PRIORIZACIÓN EQUIPO GESTOR				

PRIORIZACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN 5 ALTO // 3 MEDIO // 1 BAJO				TOTAL
Impacto positivo en los clientes	Impacto positivo en el resto de áreas de la Unidad	Inversión en recursos, restricciones legales o de otro tipo	Posición baja de partida, competencia, mejora de imagen	
Impacto Cliente	Impacto Unidad	Viabilidad	Necesidad	
ÁREAS DE MEJORA RESULTADOS CLAVE CRITERIO 9				
PRIORIZACIÓN EQUIPO GESTOR				

9 SISTEMATIZACIÓN DE LOS PLANES DE MEJORA

Una vez que la Unidad ha elegido las áreas de mejora que va a abordar en primer lugar, tiene que intervenir en ellas mediante unos planes de acción. De manera que en las sucesivas autoevaluaciones, se podrá poner de manifiesto y evaluar el impacto de los planes de mejora en el análisis de los resultados y los agentes de la Unidad.

Lo que garantiza mejor su aplicación es su inclusión en el proceso de planificación empresarial de la Unidad, es decir en el Plan Anual de Gestión.

Por tanto es conveniente que la Unidad realice la autoevaluación justo en los momentos previos a la elaboración de su Plan Anual de Gestión de manera que pueda incluir su resultado como un *input* significativo para elaborar el Plan Anual e integrar así la autoevaluación en su ciclo anual de gestión.

Adjuntamos, como modelo, un formato para realizar la sistematización de los planes de mejora, que puede servir como ayuda, sin olvidar que los planes de mejora deberán tener asignados objetivos/indicadores, responsables y un cronograma.

PLANES DE MEJORA (*)

ÁREAS DE MEJORA

1.	PLANES	OBJETIVOS/INDICADORES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA
2.				
3.				

(*) El número de planes puede ser diferente, según el ámbito y características del área de mejora.

10 GLOSARIO DE TÉRMINOS

A continuación ofrecemos una relación de términos empleados en el Modelo de Excelencia de la EFQM y que aparecen en las preguntas de autoevaluación de cada criterio. La relación se ha elaborado como ayuda para entender de forma clara el significado de las preguntas.

ALIADOS CLAVE	Declaración explícita que describe el tipo de Unidad deseada con vistas al futuro. Pueden ser considerados como aliados clave los siguientes: hospitales de media y larga estancia, Atención Primaria, otras unidades de gestión, servicios clínicos, socios, universidad, colaboraciones en docencia, investigación y formación, proveedores, suministradores de servicios, clientes, etc.
CLIENTES O GRUPOS DE INTERÉS	Personas físicas o jurídicas internas (empleados, directivos, etc) o externas (paciente/familia, financiadores, proveedores, asociaciones científicas, asociaciones de consumidores y usuarios, etc.) a la Unidad y que pueden influir en la misma de una u otra manera, dependiendo de sus expectativas.
CLIENTES EXTERNOS	Son los receptores o beneficiarios de la actividad y/o servicio que ofrece la Unidad. Estos incluyen los pacientes, familiares y allegados.
COMPETIDORES	Son unidades similares de otras organizaciones sanitarias o las consideradas como las mejores.
CONOCIMIENTO	Se puede definir como la síntesis de información que llega a la Unidad a través de las diferentes fuentes (trabajadores, estructura, clientes...), incluidas las experiencias acumulables. Es la información que posee valor para la Unidad. Hay que señalar que, hoy en día, el capital intelectual de una empresa comienza a considerarse como parte del capital de la misma.
EFFECTIVIDAD	Se refiere al cumplimiento de objetivos previamente determinados y desplegados en la ejecución de distintas actividades en la Unidad. Es medible a través de indicadores directos e indirectos de forma sistematizada.
EMPOWERMENT	Cómo se faculta al personal, para asumir responsabilidades y tomar decisiones en su área, ofreciéndoles la formación necesaria en su caso.
GESTIÓN POR PROCESOS	Es una metodología que permite visualizar, analizar y mejorar los flujos de trabajo de la Unidad. Aporta las herramientas necesarias para diseñar cada proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, 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.

LÍDER	<p>Todo aquel que tiene a su cargo personas de la Unidad (equipo directivo, jefe de servicio, supervisora, responsables de procesos o subprocesos, etc.). El papel del líder puede resumirse en tres funciones: Impulsor (el proceso de cambio de una unidad empieza por el equipo directivo), Comprometido (demostrar un comportamiento adecuado con el ejemplo personal) y Facilitador (el líder debe dotar de medios y reducir las barreras).</p>
LIDERAZGO	<p>Es aquello que estimula e incita a individuos y equipos a dar lo mejor de ellos mismos.</p>
MAPA DE PROCESOS	<p>Es la representación gráfica de las actividades en forma de procesos que se desarrollan en la Unidad y de las interrelaciones entre éstos y con el exterior, en función de la misión, objetivos, entradas (input) y salidas (output) de la Unidad.</p>
MISIÓN	<p>Declaración explícita de la finalidad o razón de ser de la Unidad. No es tanto ¿cuál es nuestra actividad o función?, sino ¿por qué existe nuestra actividad o función?, ¿qué propósito justifica la existencia continuada de nuestra Unidad?. ¿Cómo se van a conseguir en general los objetivos?.</p>
OBJETIVOS INDIVIDUALES	<p>Son los objetivos de las personas, relacionados con sus expectativas, descripciones que están en coherencia con los objetivos y características de la Unidad.</p>
PERCEPCIÓN	<p>Opinión de un individuo o grupo de personas en relación a la Unidad (clientes externos, personas de la unidad, sociedad...).</p>
PERSONAS	<p>Se refiere a todos los trabajadores de la Unidad que ofrecen, directa o indirectamente, un servicio a los clientes. La Unidad debe conseguir que todos ellos puedan alcanzar su pleno potencial en la realización de sus tareas.</p>
PROCESO	<p>Es una secuencia de actividades en las que intervienen personas, materiales, energía y equipamiento, organizadas de una forma lógica que van añadiendo valor, para producir un resultado planificado y deseado por la Unidad. Un proceso debe tener entradas (inputs) y salidas (outputs) medibles y debe ser adaptable al cambio.</p>
PROCESO CLAVE	<p>Son aquellos que son críticos o claves para el éxito estratégico de la Unidad, el impacto sobre la satisfacción de sus clientes y la obtención de sus resultados.</p>
RENDIMIENTO	<p>Medida de lo alcanzado por la Unidad con relación a sus clientes externos, personas, sociedad y grupos de interés en general.</p>

SISTEMA DE GESTIÓN

Esquema general de procesos y procedimientos que se emplea para garantizar que la Unidad realiza todas las tareas necesarias para alcanzar sus objetivos.

TECNOLOGÍA

Cualquier método técnico o forma de trabajo orientado a obtener un resultado sanitario. De manera, que son tecnologías los procedimientos diagnósticos (por ej. diagnóstico por imagen, tests funcionales...), procedimientos terapéuticos (por ej. tratamiento farmacológico, radioterapia...) o sistemas de organización de la actividad asistencial y actividad laboral en general (por ej. informática, psicoterapia, hospitalización a domicilio...).

VALORES

Aquellos elementos que conforman la conducta básica de las personas de la Unidad y lo que se espera de ellas. Son, por tanto, la base de toda la gestión de la Unidad. Por ejemplo: confianza, sinceridad, respeto mutuo, trabajo en equipo, sentido de pertenencia, compromiso, profesionalidad, comunicación abierta, innovación tecnológica, liderazgo, orientación al cliente, rentabilidad, etc.

VISIÓN

Declaración explícita que describe el tipo de Unidad deseada con vistas al futuro.

11 BIBLIOGRAFÍA

1. ARCELAY, A., SÁNCHEZ, E., HERNÁNDEZ, L., INCLÁN, GM. y BACIGALUPE, M.: "Self-assessment of all the health centers of a public health service through the European Model of Total Quality Management". *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 1999, 12: 54-58.
2. CLUB GESTIÓN DE CALIDAD: "Modelo EFQM de excelencia. Sector público y organizaciones del voluntariado". Club Gestión de Calidad. Madrid, 1999.
3. DEPARTAMENTO DE SANIDAD: "Osasuna Zainduz. Estrategias de cambio para la Sanidad Vasca". Departamento de Sanidad. Vitoria – Gasteiz, 1993.
4. DEPARTAMENTO DE SANIDAD: "Políticas de salud para Euskadi: Plan de salud 2002-2010". Departamento de Sanidad. Vitoria–Gasteiz, 2002.
5. EUSKALIT. FUNDACIÓN VASCA PARA LA CALIDAD: "Calidad Total". Euskalit, Fundación Vasca para la Calidad. Zamudio, 2001.
6. EUSKALIT. FUNDACIÓN VASCA PARA LA CALIDAD Y OTRAS ENTIDADES: "Cuestionario de Autoevaluación". En <http://www.euskalit.es>
7. FERNÁNDEZ LEÓN, A., BERROS, MA. y GARCÍA, M.: "La experiencia del hospital Monte Naranco en la aplicación del Modelo EFQM". *Rev. Calidad Asistencial*. 2000, 15: 153-158.
8. GOBIERNO VASCO–EUSKO JAURLARITZA: "Ley 8/97 de 26 de Junio de Ordenación Sanitaria de Euskadi". *Boletín Oficial del País Vasco*, 21 de Julio de 1997.
9. GONZÁLEZ LLINARES, R.: "El Modelo de excelencia 2000 de la EFQM y la enfermería". *Gestión hospitalaria*. 2001; 12(1): 27-34.
10. <http://www.efqm.org>
11. <http://www.euskalit.es>
12. JACKSON, S.: "Using the EFQM Excellence Model in health care: a practical guide to success". Kingsham Press. 2001. ISBN: 1-902115-8-5.
13. LORENZO, S., MIRA, JJ. y SÁNCHEZ, E.: "Gestión de la calidad total y medicina basada en la evidencia". *Med.Clín*. 2000, 114: 460-463.
14. LORENZO, S., ARCELAY, A., BACIGALUPE, M., MIRA, JJ., PALACIO, F., IGNACIO, E. et al.: "Autoevaluación de centros sanitarios. Utilizando como referencia el modelo de Excelencia de la EFQM". MSD. Madrid, 2001.
15. NABITZ, U., KLAZINGA, N. y WALBURG, J.: "The EFQM Excellence Model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care". *International Journal for Quality in Health Care*. 2000, 12(3): 191-201.
16. MOELLER, F.: "The EFQM Excellence Model. German Experiences with the EFQM approach in health care". *International Journal for Quality in Health Care*. 2001, 13(1): 45-49.
17. MORACHO, O.: "Gestión por procesos y Modelo Europeo de Excelencia: evaluación y mejora continua". *Rev. Calidad Asistencial*. 2000, 15: 140-148.
18. OSAKIDETZA–SERVICIO VASCO DE SALUD: "Contrato de Gestión clínica". Osakidetza–Servicio vasco de salud. Vitoria Gasteiz, 1997.
19. OSAKIDETZA–SERVICIO VASCO DE SALUD: "Guía para la gestión de procesos". Osakidetza–Servicio vasco de salud. Vitoria Gasteiz, 1999.
20. OSAKIDETZA–SERVICIO VASCO DE SALUD: "Guía para la autoevaluación de organizaciones sanitarias. Versión completa". Osakidetza–Servicio vasco de salud. Vitoria Gasteiz, 2000.

21. OSAKIDETZA–SERVICIO VASCO DE SALUD: “Manual de evaluación y mejora de la satisfacción de las personas en las organizaciones de servicios”. Osakidetza–Servicio vasco de salud. Vitoria Gasteiz, 2001.
22. OSAKIDETZA–SERVICIO VASCO DE SALUD: “Memoria Q de Plata 2000: Hospital de Zumarraga”. Osakidetza– Servicio vasco de salud. Vitoria Gasteiz, 2001.
23. OSAKIDETZA–SERVICIO VASCO DE SALUD: “Memoria Q de Plata 2000: Hospital de Bidasoa”. Osakidetza–Servicio vasco de salud. Vitoria Gasteiz, 2001.
24. OSAKIDETZA–SERVICIO VASCO DE SALUD: “Memoria Q de Plata 2001: Hospital Psiquiátrico de Alava y Salud Mental extrahospitalaria”. Osakidetza–Servicio vasco de salud. Vitoria Gasteiz, 2001.
25. OSAKIDETZA–SERVICIO VASCO DE SALUD: “Evaluación de la satisfacción de las personas de Osakidetza”. Osakidetza–Servicio vasco de salud. Vitoria Gasteiz, 2002.
26. OSAKIDETZA–SERVICIO VASCO DE SALUD: “Homogeneización de Indicadores del Sistema de Información de Atención Especializada”. Osakidetza–Servicio vasco de salud. Vitoria – Gasteiz, 2002.
27. OSAKIDETZA–SERVICIO VASCO DE SALUD: “Guía para la representación de los procesos de un hospital. Hospital de Txagorritxu”. Osakidetza–Servicio vasco de salud. Vitoria Gasteiz, 2003.
28. OSAKIDETZA–SERVICIO VASCO DE SALUD: “Memoria Q de Oro 2002: Hospital de Bidasoa”. Osakidetza–Servicio vasco de salud. Vitoria Gasteiz, 2003.
29. OSAKIDETZA–SERVICIO VASCO DE SALUD: “Plan de Calidad 2003-2007”. Osakidetza–Servicio vasco de salud. Vitoria Gasteiz, 2003.
30. OSAKIDETZA–SERVICIO VASCO DE SALUD: “Guía para la auto-implantación de la metodología 5S en organizaciones sanitarias”. Osakidetza–Servicio vasco de salud. Vitoria Gasteiz, 2003.
31. OSAKIDETZA–SERVICIO VASCO DE SALUD: “Plan Estratégico 2003-2007”. Osakidetza–Servicio vasco de salud. Vitoria Gasteiz, 2003.
32. OSAKIDETZA–SERVICIO VASCO DE SALUD: “Guía para la implantación de un sistema de gestión por procesos basado en la Norma ISO 9001:2000”. Osakidetza–Servicio vasco de salud. Vitoria Gasteiz, 2003 (en prensa).
33. OSAKIDETZA–SERVICIO VASCO DE SALUD: “Manual de encuestas de pacientes”. Osakidetza–Servicio vasco de salud. Vitoria Gasteiz, 2003 (en prensa).
34. SÁNCHEZ, E.: “Modelo EFQM y Calidad Asistencial”. *Rev. Calidad asistencial*. 2002, 17(2): 64-66.
35. SÁNCHEZ, E., DARPÓN, J., VILLAR, F., LETONA, J. MARTÍNEZ-CONDE, AE. y GONZÁLEZ LLINARES, R: “De la gestión de la calidad hacia la excelencia en la gestión a través del modelo de autoevaluación de la European Foundation for Quality Management (EFQM) en una red pública de centros sanitarios”. *Rev. Calidad Asistencial*. 2000, 15: 177-183.
36. SSM HEALTH CARE. “Malcolm Baldrige National Quality Award 2003”. Report in www.ssmhc.com.
37. STAHR, H., BULMAN, B. y STEAD, M.: “The Excellence Model in the Health Sector: Sharing good practice”. Kingsham Press. 2000. ISBN: 0-9527912-5-0.