



UNIVERSIDAD  
POLITECNICA  
DE VALENCIA



**PROYECTO FINAL DE CARRERA**  
**IMPLANTACIÓN Y**  
**DESARROLLO DEL**  
**MODELO EFQM EN**  
**UNA CLÍNICA**  
**PRIVADA**

Marina Llopis Serrano

04/06/2013

Directores: José Miguel Carot Sierra y  
Andrés Carrión García

# ÍNDICE

<b>1</b>	<b>RESUMEN</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>OBJETO DEL TFC</b> .....	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICACIÓN DE LAS ASIGNATURAS RELACIONADAS</b> .....	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>12</b>
<b>5</b>	<b>ANTECEDENTES, MOTIVACIÓN Y JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>13</b>
<b>6</b>	<b>EL SECTOR HOSPITALARIO</b> .....	<b>15</b>
6.1	SITUACIÓN ACTUAL DE LA SANIDAD A NIVEL MUNDIAL .....	15
6.2	DIVERSIFICACIÓN DE LA DEMANDA HOSPITALARIA .....	17
6.3	EL TOP 20 HOSPITALES DE ESPAÑA.....	20
<b>7</b>	<b>DESCRIPCIÓN DEL HOSPITAL</b> .....	<b>21</b>
7.1	INTRODUCCIÓN.....	21
7.2	MISIÓN, VISIÓN Y VALORES .....	22
7.2.1	MISIÓN.....	22
7.2.2	VISIÓN.....	22
7.2.3	VALORES .....	22
7.3	ORGANIGRAMA CORPORATIVO.....	23
7.4	ÁREAS DE LA EMPRESA Y FUNCIONES .....	23
7.4.1	ÁREA ADMINISTRATIVA .....	23
7.4.2	ÁREA RECEPCIÓN Y RELACIONES PUBLICAS .....	24
7.4.3	ÁREAS POLICLÍNICA DE CONSULTAS EXTERNAS A PACIENTES PRIVADOS Y ASEGURADOS AMBULANTES .....	24
7.4.4	ÁREA DE URGENCIAS .....	24
7.4.5	ÁREA DE QUIRÓFANOS Y UCI.....	24
7.4.6	ÁREA DE CLÍNICA CON SUS TRES PLANTAS DE HABITACIONES .....	25
7.4.7	ÁREAS DE SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS.....	25
7.4.8	ÁREA DE LABORATORIO DE DETERMINACIONES ANALÍTICAS.....	25
7.4.9	ÁREA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	25
7.4.10	ÁREA DE FARMACIA INTERNA .....	26
7.4.11	ÁREA DE LIMPIEZA Y GESTIÓN DE LAVANDERÍA .....	26
7.4.12	ÁREA DE COCINA Y CAFETERÍA.....	26
7.4.13	ÁREA DE SERVICIOS TÉCNICOS Y COMPRAS.....	26
7.4.14	ÁREA MÉDICA O CUADRO MÉDICO.....	26
7.4.15	ÁREA DE ENFERMERÍA.....	27
7.4.16	ÁREA ONCOLOGÍA INTEGRAL .....	27
7.5	ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES .....	28

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

7.6	ÓRGANO DE GESTIÓN .....	29
7.7	PERSONAL .....	29
7.8	PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.....	30
7.9	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA .....	31
7.9.1	GENERALIDADES .....	31
7.9.2	SATISFACCIÓN DEL CLIENTE .....	31
7.9.3	AUDITORÍAS INTERNAS.....	31
7.9.4	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS.....	32
7.9.5	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO.....	32
7.9.6	CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME.....	33
7.9.7	ANÁLISIS DE DATOS .....	33
7.9.8	MEJORA CONTÍNUA.....	34
7.9.9	ACCIONES CORRECTIVAS .....	34
7.9.10	ACCIONES PREVENTIVAS .....	35
7.9.11	ASPECTOS MEDIOAMBIENTALES .....	35
7.9.11.1	REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS MEDIOAMBIENTALES .....	36
7.9.11.2	OBJETIVOS Y METAS MEDIOAMBIENTALES .....	37
7.9.12	CONTROL OPERACIONAL.....	38
7.9.13	PLANES DE EMERGENCIA Y CAPACIDAD DE RESPUESTA.....	38
7.10	RESPONSABILIDADES DE LA DIRECCIÓN .....	39
7.10.1	COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN .....	40
7.10.2	ENFOQUE AL CLIENTE.....	40
7.10.3	POLÍTICA DE CALIDAD Y M.A. ....	41
7.10.4	PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD .....	42
7.10.5	RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN .....	43
7.10.6	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN .....	48
7.10.7	POLÍTICA DE MEDIOAMBIENTE .....	48
7.11	GESTIÓN DE RECURSOS.....	49
7.11.1	PROVISIÓN DE RECURSOS .....	49
7.11.2	GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS .....	49
7.11.3	INFRAESTRUCTURA .....	50
7.11.4	AMBIENTE DE TRABAJO .....	50
7.12	REALIZACIÓN DEL PRODUCTO .....	51
7.12.1	PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO.....	51
7.12.2	PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE .....	52
7.12.2.1	DETERMINACIÓN DE REQUISITOS.....	52
7.12.2.2	REVISIÓN DE REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO.....	53
7.12.2.3	COMUNICACIONES CON EL CLIENTE.....	53
7.12.3	DISEÑO Y DESARROLLO .....	53
7.12.4	PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO .....	54
7.12.4.1	CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO .....	54
7.12.4.2	VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO .....	55
7.12.4.3	IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD .....	55
7.12.4.4	PROPIEDAD DEL CLIENTE .....	55
7.12.4.5	PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO.....	56

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

7.12.5	COMPRAS Y PROVEEDORES .....	56
7.13	CLIENTES Y PRODUCTOS .....	57
7.13.1	CLIENTES.....	58
7.13.2	PRODUCTOS Y SERVICIOS OFERTADOS .....	58
<b>8</b>	<b>ANÁLISIS TEÓRICO DEL MODELO EUROPEO DE CALIDAD EFQM .....</b>	<b>61</b>
8.1	LOS GRANDES MODELOS DE CALIDAD TOTAL .....	62
8.1.1	EL MODELO DE DR. W. E. DEMING (MODELO JAPONÉS).....	62
8.1.2	EL MODELO DE MALCOLM BALDRIGE (MODELO AMERICANO) .....	64
8.2	EL MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA EMPRESARIAL.....	65
8.3	CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA EXCELENCIA.....	67
8.3.1	ORIENTACIÓN HACIA LOS RESULTADOS .....	67
8.3.2	ORIENTACIÓN AL CLIENTE .....	67
8.3.3	LIDERAZGO Y CONSTANCIA EN LOS OBJETIVOS .....	68
8.3.4	GESTIÓN POR PROCESOS Y HECHOS.....	68
8.3.5	DESARROLLO E IMPLICACIÓN DE LAS PERSONAS .....	69
8.3.6	APRENDIZAJE, INNOVACIÓN Y MEJORA CONTINUOS.....	70
8.3.7	DESARROLLO DE ALIANZAS.....	70
8.3.8	RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA ORGANIZACIÓN.....	71
8.3.9	GRUPOS DE INTERÉS.....	71
8.4	DESCRIPCIÓN DEL MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA EMPRESARIAL (VERSIÓN 2003) .....	72
8.4.1	LIDERAZGO .....	73
8.4.1.1	DESCRIPCIÓN .....	73
8.4.1.2	OBJETIVOS.....	73
8.4.1.3	EJEMPLOS .....	73
8.4.1.4	SUBCRITERIOS Y DETALLES .....	74
8.4.2	POLÍTICA Y ESTRATEGIA.....	76
8.4.2.1	DESCRIPCIÓN .....	76
8.4.2.2	OBJETIVOS.....	76
8.4.2.3	EJEMPLOS .....	76
8.4.2.4	SUBCRITERIOS Y DETALLES .....	77
8.4.3	PERSONAS.....	79
8.4.3.1.	DESCRIPCIÓN.....	79
8.4.3.2.	OBJETIVOS.....	79
8.4.3.3.	EJEMPLOS.....	79
8.4.3.4.	SUCRITERIOS Y DETALLES .....	80
8.4.4	ALIANZAS Y RECURSOS .....	82
8.4.4.1	DESCRIPCIÓN .....	82
8.4.4.2	OBJETIVOS.....	82
8.4.4.3	EJEMPLOS .....	82
8.4.4.4	SUBCRITERIOS Y DETALLES .....	83
8.4.5	PROCESOS.....	85
8.4.5.1	DESCRIPCIÓN .....	85
8.4.5.2	OBJETIVOS.....	85
8.4.5.3	EJEMPLOS .....	85
8.4.5.4	SUBCRITERIOS Y DETALLES .....	86
8.4.6	RESULTADOS EN LOS CLIENTES .....	88

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

8.4.6.1	DESCRIPCIÓN .....	88
8.4.6.2	OBJETIVOS.....	88
8.4.6.3	EJEMPLOS .....	89
8.4.6.4	SUBCRITERIOS Y DETALLES .....	89
8.4.7	RESULTADOS EN LAS PERSONAS .....	90
8.4.7.1	DESCRIPCIÓN .....	90
8.4.7.2	OBJETIVOS.....	90
8.4.7.3	EJEMPLOS .....	90
8.4.7.4	SUBCRITERIOS Y DETALLES .....	91
8.4.8	RESULTADOS EN LA SOCIEDAD.....	92
8.4.8.1	DESCRIPCIÓN .....	92
8.4.8.2	OBJETIVOS.....	92
8.4.8.3	EJEMPLOS .....	92
8.4.8.4	SUBCRITERIOS Y DETALLES .....	93
8.4.9	RESULTADOS CLAVE.....	94
8.4.9.1	DESCRIPCIÓN .....	94
8.4.9.2	OBJETIVOS.....	94
8.4.9.3	EJEMPLOS .....	94
8.4.9.4	SUBCRITERIOS Y DETALLES .....	95
8.5	LA AUTOEVALUACIÓN. HERRAMIENTAS DE AUTOEVALUACIÓN .....	96
8.5.1	LA LÓGICA REDER .....	96
8.5.1.1	LA MATRIZ DE PUNTUACIÓN REDER.....	98
8.5.1.2	EL SIGNIFICADO DE LAS ESCALAS EXISTENTES EN LA MATRIZ REDER.....	101
8.5.1.3	PUNTUACIÓN DE LOS AGENTES FACILITADORES.....	103
8.5.1.4	PUNTUACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	106
8.5.2	EL EXPLORADOR DE OPORTUNIDADES.....	107
8.5.3	LA HERRAMIENTA PERFIL V. 6.0. ....	109
8.5.3.1	NIVELES DE USUARIO .....	111
8.5.3.2	“ROAD MAP” - MODELO EFQM .....	112
8.5.3.3	“ROAD MAP” – VISIÓN POR EJES .....	112
8.5.3.4	PANTALLA DE EVALUACIÓN .....	113
8.5.3.5	RESULTADOS POR CRITERIO .....	114
8.5.3.6	RESULTADO POR PREGUNTAS .....	115
8.5.3.7	RESULTADOS TOTALES.....	116
8.6	LA EXCELENCIA EN ESPAÑA.....	117
8.6.1	EL CLUB EXCELENCIA EN GESTIÓN (CEG) .....	117
8.6.2	EL SELLO DE EXCELENCIA EUROPEA .....	119
8.6.3	EMPRESAS ESPAÑOLAS LÍDERES EN EXCELENCIA EMPRESARIAL .....	120
8.7	NIVELES EFQM DE EXCELENCIA.....	124
8.7.1	COMPROMISO HACIA LA EXCELENCIA/COMMITTED TO EXCELLENCE .....	125
8.7.1.1	AUTOEVALUACIÓN .....	125
8.7.1.2	ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA .....	126
8.7.1.3	VISITA DE VALIDACIÓN .....	126
8.7.1.4	ENVÍO DE EXPEDIENTE AL CEG.....	127
8.7.2	EXCELENCIA EUROPEA 300+/RECOGNISED FOR EXCELLENCE 3 STARS .....	128
8.7.2.1	AUTOEVALUACIÓN .....	128
8.7.2.2	ELABORACIÓN DE UNA MEMORIA .....	129
8.7.2.3	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN Y MEMORIA .....	129

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

8.7.2.4.	VISITA DE EVALUACIÓN .....	129
8.7.2.5.	ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL .....	130
8.7.2.6.	ENVÍO DE EXPEDIENTE AL CEG.....	130
8.7.3.	EXCELENCIA EUROPEA 400+/RECOGNISED FOR EXCELLENCE 4 STARS.....	131
8.7.4.	EXCELENCIA EUROPEA 500+/REGONISED FOR EXCELLENCE 5 STARS.....	131
8.7.5.	CONVALIDACIÓN CON EL RECONOCIMIENTO DE EFQM.....	131
8.8.	EL PREMIO EUROPEO A LA CALIDAD/ EUROPEAN QUALITY AWARD.....	133
8.8.2.	GANADOR DEL PREMIO EUROPEO A LA CALIDAD/EUROPEAN QUALITY AWARD WINNER 133	
8.8.3.	GANADOR DE UN PREMIO EUROPEO A LA CALIDAD/EUROPEAN QUALITY AWARD PRIZE 135	
8.8.4.	FINALISTA AL PREMIO EUROPEO A LA CALIDAD .....	135
8.8.5.	RECONOCIMIENTO A LA EXCELENCIA .....	135
<b>9.</b>	<b>IMPLANTACIÓN DEL MODELO.....</b>	<b>136</b>
9.1.	JORNADA DE SENSIBILIZACIÓN PARA EL PERSONAL DE LA EMPRESA .....	137
9.2.	PUBLICAR EL COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN DE LA EMPRESA .....	138
9.3.	DESIGNAR EL COORDINADOR DEL PROYECTO DE IMPLANTACIÓN .....	138
9.4.	DISEÑAR EL PLAN DEL “SISTEMA DE GESTIÓN EFQM” .....	139
9.5.	REDACTAR EL “MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LA EMPRESA” Y EL “MANUAL DE EXCELENCIA EMPRESARIAL” .....	139
9.6.	REDACTAR LOS PROCESOS Y EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS .....	141
9.7.	IMPLANTAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL .....	141
9.8.	AUTOEVALUACIÓN SEGÚN EL MODELO EFQM .....	142
9.8.1.	FASE 1: PASE DE LA HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN: EL CUESTIONARIO.....	142
9.8.2.	FASE 2: TRATAMIENTO, RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN .....	144
9.9.	IMPLANTAR ACCIONES DE MEJORA.....	144
9.10.	ELABORACIÓN DE LA MEMORIA EFQM .....	145
9.10.1.	ESTRUCTURA Y CRITERIOS DE REDACCIÓN DE LA MEMORIA .....	145
9.10.2.	ASPECTOS TÉCNICOS .....	147
9.10.3.	ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN Y MEMORIA .....	147
9.11.	VISITA DE EVALUACIÓN.....	148
9.12.	ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL .....	148
9.13.	ENVÍO DEL EXPEDIENTE AL CLUB DE EXCELENCIA EN GESTIÓN.....	149
9.13.1.	VALIDEZ DEL CERTIFICADO .....	149
<b>10.</b>	<b>PRESUPUESTO DE LA INVERSIÓN .....</b>	<b>150</b>
<b>11.</b>	<b>SUGERENCIAS EN LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO EFQM .....</b>	<b>152</b>
11.1.	SUGERENCIAS PRELIMINARES.....	152
11.2.	SUGERENCIAS PARA LA AUTOEVALUACIÓN .....	152

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

11.3.	SUGERENCIAS PARA LA REDACCIÓN DE LA MEMORIA EFQM .....	152
11.4.	SUGERENCIAS SOBRE LA PREPARACIÓN DE LA VISITA.....	153
<b>12.</b>	<b>PLANIFICACIÓN PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA .....</b>	<b>154</b>
<b>13.</b>	<b>RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN .....</b>	<b>162</b>
13.1.	INFORME AUTOEVALUACIÓN .....	162
13.2.	INFORME DE RESULTADOS DE CRITERIOS .....	165
<b>14.</b>	<b>ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>167</b>
14.1.	CRITERIO 1: LIDERAZGO .....	167
14.2.	CRITERIO 2: POLÍTICA Y ESTRATEGIA .....	168
14.3.	CRITERIO 3: PERSONAL .....	169
14.4.	CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.....	169
14.5.	CRITERIO 5: PROCESOS .....	170
14.6.	CRITERIO 6: RESULTADOS EN LOS CLIENTES .....	171
14.7.	CRITERIO 7: RESULTADOS EN EL PERSONAL .....	171
14.8.	CRITERIO 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD .....	172
14.9.	CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE .....	173
<b>15.</b>	<b>ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS.....</b>	<b>174</b>
15.1.	CRITERIO 1: LIDERAZGO .....	174
15.2.	CRITERIO 2: POLÍTICA Y ESTRATEGIA .....	176
15.3.	CRITERIO 3: PERSONAL .....	177
15.4.	CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.....	178
15.5.	CRITERIO 5: PROCESO .....	179
15.6.	CRITERIO 6: RESULTADOS EN LOS CLIENTES .....	180
15.7.	CRITERIO 7: RESULTADOS EN EL PERSONAL .....	181
15.8.	CRITERIO 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD .....	182
15.9.	CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE .....	182
<b>16.</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>185</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>186</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>188</b>

# ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Gasto Mundial en Salud per cápita en 2004 .....	16
Figura 2: Composición del Gasto Mundial en Salud en 2005.....	17
Figura 3: Porcentaje de la población española con 65 años y más: 1961-2050 .....	18
Figura 4: Distribución de las estancias por grupos de edad en 1999.....	18
Figura 5: Organigrama corporativo de la organización.....	23
Figura 6: Procesos principales de la organización.....	30
Figura 7: Esquema básico del Modelo EFQM de Excelencia .....	66
Figura 8: Ciclo PDCA y Esquema Lógico REDER .....	97
Figura 9: Porcentajes de evaluación del Modelo EFQM de Excelencia.....	99
Figura 10: Cuadro REDER. Resultados.....	100
Figura 11: Matriz de Puntuación REDER .....	107
Figura 12: Herramienta Perfil v. 6.0. ....	110
Figura 13: RoadMap del Modelo.....	113
Figura 14: Pantalla de Evaluación .....	114
Figura 15: Resultados por criterio .....	115
Figura 16: Resultados por criterio .....	116
Figura 17: Resultados por criterio .....	117
Figura 18: Ejes estratégicos del Club de Excelencia en Gestión.....	118
Figura 19: Convalidación con el reconocimiento de la EFQM.....	132
Figura 20: Entidades de Certificación reconocidas por el CEG.....	132
Figura 21: Empresas “Award Winner” .....	134
Figura 22: “Award Winner” por categoría y país .....	134
Figura 23: Informe Autoevaluación.....	162
Figura 24: Informe Autoevaluación.....	163
Figura 25: Informe Autoevaluación.....	164
Figura 26: Informe de resultados de criterios.....	165
Figura 27: Informe Criterio 1.....	167
Figura 28: Informe Criterio 2.....	168
Figura 29: Informe Criterio 3.....	169
Figura 30: Informe Criterio 4.....	170
Figura 31: Informe Criterio 5.....	170
Figura 32: Informe Criterio 6.....	171
Figura 33: Informe Criterio 7.....	172
Figura 34: Informe Criterio 8.....	173
Figura 35: Informe Criterio 9.....	173



# 1 RESUMEN

El presente proyecto consiste en la implantación del Modelo EFQM en una clínica privada. El trabajo va dirigido a la Comisión Coordinadora del Trabajo Final de Carrera, a los miembros del tribunal examinador y a futuros alumnos del TFC.

La idea de este tema para el Proyecto Final de Carrera, se formula en el verano de 2011, durante ese tiempo trabajé con auxiliar administrativa en una clínica privada, fue allí donde aprendí lo que era el Modelo de Calidad EFQM dado que recientemente la Dirección había tomado la decisión de implantarlo. Tuve la suerte de asistir a algunas charlas informativas para los empleados y a partir de ahí el tema de la Gestión de la Calidad empezó a interesarme.

Antes de nada sería necesario plantear cuales son las razones que llevan a una organización a plantearse la necesidad de ser evaluada para obtener dicho certificado de calidad. En un entorno como el actual, caracterizado por una enorme competitividad en todos los mercados, las empresas y organizaciones tratan de centrar sus esfuerzos en mantener una ventaja competitiva sostenida que permita su continuidad y éxito a lo largo del tiempo. Ello requiere hacer un buen planteamiento estratégico en el que queden claramente identificadas esas ventajas competitivas y centrar todos los esfuerzos de la organización en alcanzar los objetivos estratégicos, que deberán ser la traducción concreta de la estrategia en resultados a conseguir en un periodo de tiempo.

Por ello la evaluación que permite hacer el Modelo EFQM es una herramienta básica para la mejora continua, se trata de un punto de reflexión sobre lo que se está haciendo y cómo se hace. Es un proceso constructivo, no es un proceso crítico, ni una amenaza para la organización, probablemente la mayor amenaza para cualquier entidad es no implicarse en una cultura de la calidad. Más en los momentos que vivimos en los que la globalización y las tecnologías posibilitan que un usuarios pueda elegir -a pesar del tiempo y la distancia- la organización en la que quieren ser atendidos. Y esto va a tener un resultado final en la fidelización de los clientes.

## 2 OBJETO DEL TFC

El presente proyecto tiene como objeto el desarrollo y la implantación de un sistema de gestión de la calidad en una clínica privada.

Se pretende realizar el desarrollo de dicho sistema de gestión de la calidad siguiendo la metodología basada en el modelo de la European Foundation for Quality Management (EFQM).

Uno de los modelos utilizados por muchas empresas para la medición de la calidad de la gestión es el Modelo de Excelencia EFQM. Se trata de una herramienta que mide las capacidades de las compañías y los resultados que consigue con ellas, otorgándoles de 0 a 1.000 puntos.

Los objetivos de este Trabajo Final de Carrera descansan sobre tres pilares fundamentales:

El primer objetivo es la descripción del Manual de Calidad de la clínica, comenzando con una breve descripción del sector sanitario y su demanda.

A continuación, se hace una descripción exhaustiva y detallada del Modelo EFQM, comenzando con el concepto de Calidad Total y su evolución. Se desarrollan todos los detalles que caracterizan al Modelo, conceptos fundamentales de la Excelencia, estructura, contenido y criterios que los componen.

Seguidamente se trata la implantación del Modelo EFQM de Excelencia en la clínica en cuestión. Se citan todas las fases que se tienen que llevar a cabo para la misma, además se expondrá un presupuesto aproximado y una tabla de planificación temporal para dicha implantación.

Por último, se hace un análisis de los resultados y se proponen acciones de mejora.

### 3 JUSTIFICACIÓN DE LAS ASIGNATURAS RELACIONADAS

Para comenzar, es necesario destacar que han sido muchas las asignaturas cursadas durante la Licenciatura de Administración y Dirección de Empresas y también han sido muchas las utilizadas en la realización de este proyecto final de carrera.

En primero lugar, se habla del sector hospitalario, vinculando dicha explicación a conocimientos obtenidos en las asignaturas de Introducción a los sectores empresariales, Economía española y mundial, Economía española y regional, Tecnología de los servicios sanitarios y Macroeconomía. Así pues, en este apartado se trata el sector de la sanidad a nivel español y mundial, además se incluye el tema de la diversificación de la demanda y se explica qué son los premios Top 20 Hospitales.

A continuación, se hace una descripción exhaustiva de la clínica privada objeto de este proyecto y de su manual de calidad utilizando, en esta parte, conocimientos adquiridos en Economía de la empresa I, Gestión de la calidad, Dirección estratégica y política de empresa, Tecnología de los servicios sanitarios y Microeconomía.

En el siguiente apartado se hace un análisis teórico del Modelo de Calidad EFQM, vinculando esto con la única asignatura de calidad impartida en la carrera, como es, Gestión de la calidad.

En el punto del plan de actuación se describen los pasos que debe llevar a cabo la clínica objeto para poder implantar satisfactoriamente el Modelo EFQM, teniendo en cuenta la organización y funcionamiento previo de la misma. Las asignaturas utilizadas en este apartado han sido principalmente Gestión de la calidad, Economía de la empresa I y Dirección de proyectos empresariales.

Seguidamente, se lleva a cabo el presupuesto del coste que supone implantar dicho modelo de calidad. Con este apartado se vinculan las asignaturas de Gestión de la calidad, Dirección de proyectos empresariales, Contabilidad analítica, Economía de la empresa II y Tecnología de las empresas financieras – asesoría y gestoría.

Una vez tratado el tema del plan de actuación y el presupuesto se hacen una serie de sugerencias para la implantación del EFQM, distinguiendo entre sugerencias preliminares, para la autoevaluación y para la preparación de la memoria EFQM. En este apartado las asignaturas tratadas han sido Gestión de la calidad y Dirección de proyectos empresariales.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

El siguiente paso es la planificación para la implantación del sistema en la que se lleva a cabo una autoevaluación para la implantación del modelo según la EFQM, tratándose aquí de nuevo las asignaturas de Gestión de la calidad y Dirección de proyectos empresariales.

En el siguiente punto, resultados de la autoevaluación, se presentan copias de pantalla de los resultados obtenidos con el programa informático Perfil v. 6.0 con una breve descripción sobre los mismos. Incluyendo aquí conocimientos adquiridos en Gestión de la calidad y Dirección de proyectos empresariales.

A continuación, se hace un análisis descriptivo de los resultados obtenidos con el programa informático tratando todos los puntos que forman el Modelo EFQM. Las asignaturas utilizadas para llevar a cabo este punto han sido Gestión de calidad, Dirección de proyectos empresariales y Tecnología de los servicios sanitarios. Esta última ha resultado especialmente útil dado su vínculo con el objeto del proyecto.

El penúltimo punto del proyecto, acciones de mejora propuestas, consiste en, una vez analizados los resultados, proponer alternativas para la obtención de unos resultados más positivos. Para la realización de este apartado se han utilizado los conocimientos adquiridos en múltiples asignaturas como son: Gestión de calidad, Dirección estratégica y política de empresa, Dirección de proyectos empresariales, Tecnología de los servicios sanitarios, Economía de la empresa I y II, Microeconomía y Dirección de producción y logística.

En el último punto, dedicado a las conclusiones, se ha vinculado con las asignaturas de Microeconomía, Gestión de calidad, Tecnología de los servicios sanitarios y Dirección estratégica y política de empresa para hacer una reflexión de toda la teoría vista en el proyecto y de los resultados obtenidos por la empresa, así como de las acciones de mejora que se han propuesto.

## 4 OBJETIVOS

El presente trabajo tiene como objeto el desarrollo y la implantación de un sistema de gestión de la calidad en una clínica privada.

Se pretende realizar el desarrollo de dicho sistema de gestión de la calidad siguiendo la metodología basada en el modelo de la European Foundation for Quality Management (EFQM).

Con la aplicación del modelo EFQM se aportará a la clínica los siguientes beneficios:

- Proporcionar un planteamiento muy estructurado y basado en datos que permita identificar y evaluar los puntos fuertes y las áreas de mejora de la clínica y medir su progreso periódicamente.
- Educar a los trabajadores de la clínica en los conceptos fundamentales y en el marco general que permite gestionar y mejorar la organización.
- Relacionar dichos conceptos y marco general con las responsabilidades de los trabajadores.
- Mejorar el desarrollo del plan y la estrategia de la clínica.
- Implicar a los trabajadores de todos los niveles y unidades en el proceso de mejora.
- Integrar las distintas iniciativas de mejora en el día a día de la clínica.
- Evaluar de manera coherente la clínica a nivel macro y micro.
- Facilitar la comparación con otras clínicas, de naturaleza similar o distinta, al utilizar un conjunto de criterios ampliamente aceptados en toda Europa.
- Identificar y permitir compartir las “buenas prácticas” dentro de la clínica.
- Ofrecer oportunidades para reconocer tanto el progreso como los niveles sobresalientes de rendimiento mediante premios internos.

## 5 ANTECEDENTES, MOTIVACIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

La clínica sobre la que trata este proyecto lleva 25 años trabajando en el mundo de la salud. Recibió el premio Hospitales Top 20 en los años 2004 y 2008 y es además Centro acreditado y recomendado por la Consejería de Sanidad para la ejecución de las listas de espera Quirúrgicas del Sistema Nacional de Salud, así como para el manejo integral de los pacientes oncológicos.

Sus estándares de calidad asumidos hasta la fecha han sido los acreditados con el Certificado de acreditación internacional ISO 9001:2008 por Aenor en todas las Unidades Centrales del Hospital, y la consolidación definitiva del ITIC (Instituto para Tratamiento Integral del Cáncer), a través del desarrollo de los ensayos clínicos, y proyectos de investigación con distintos organismos estatales.

Además de esto, lleva a cabo diversos de investigación con la Universidad Politécnica de Valencia, obtuvo un reconocimiento europeo por la European Society for Medical Oncology (E.S.M.O.) como centro de excelencia para la formación de residentes de Oncología europeos y la certificación europea por la European Society for Medical Oncology (E.S.M.O.) como centro acreditado para tratamiento oncológico y cuidados paliativos.

El concepto de calidad está cobrando cada vez más fuerza dentro del entorno organizativo. La calidad del producto o del servicio, tal y como se entendía tradicionalmente, en la actualidad se sobreentiende, es decir, no marca una verdadera ventaja competitiva. De hecho en la última década, se ha experimentado un gran crecimiento en el número de empresas certificadas en un sistema de gestión de la calidad según la familia de las normas ISO 9000. Obviamente, ya se está llegando a una situación en la que la mayoría de las empresas ya están certificadas. Como en casi todas las innovaciones en la gestión, la certificación de los sistemas de gestión de la calidad fue primeramente adoptada por las grandes empresas y en los últimos años casi todas las empresas, de casi todos los sectores y tamaños, han acabado certificándose.

Las empresas se han embarcado en el desarrollo e implantación de un sistema de gestión de la calidad según la familia de normas ISO 9000 por uno de los siguientes motivos:

- Porque realmente creen en la filosofía de la calidad total y cómo ésta repercute positivamente en sus resultados.
- Por exigencias de sus clientes y/o mercados presentes y/o futuros.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

- Para seguir al resto de empresas.

Tras ver los motivos que han tenido las empresas para certificarse según la norma ISO 9000, vemos dos grandes perfiles de empresa:

- Empresas que se encuentran en el primer caso, totalmente comprometidas con la calidad total y que en un número importante ya trabajan con el Modelo de Excelencia Empresarial de la EFQM (European Foundation for Quality Management). Éste es un modelo mucho más amplio que la norma ISO 9000 y que contempla: liderazgo, política y estrategia, personas, alianzas y recursos, procesos, resultados en las personas, resultados en los clientes, resultados en la sociedad y resultados clave.
- Empresas que se han certificado debido más a circunstancias “externas” que por su compromiso con la calidad total.

El problema de este segundo enfoque es que, en general, tienen sistemas de calidad bastante poco desarrollados y adecuados a la empresa y no se han adoptado adecuadamente dentro de los procesos de la empresa. En este caso, en lugar de mejorar los resultados de los procesos y la empresa, han acabado empeorándolos.

En la mayoría de estos casos, los sistemas han sido desarrollados totalmente enfocados a conseguir la certificación y no como un medio para llegar a la mejora de los procesos y resultados de la empresa siguiendo los principios de la calidad total. De hecho, es habitual encontrar empresas donde en el proceso de implantación del sistema, no se ha contemplado el caso concreto de la empresa con sus características particulares en cuanto a cultura y procesos sino que se ha adoptado una solución tipo que ha sido desarrollada para otras empresas.

En otras ocasiones, se encuentran sistemas de calidad desarrollados por personas con pocos conocimientos y/o experiencia en los conceptos de la calidad total y en el desarrollo de sistemas de gestión de la calidad con lo que redundan en un sistema “pesado” con documentación y procesos innecesarios.

Las consecuencias de esta situación es que, debido a la ineficiencia de los procesos y que en muchas ocasiones no se ha hecho el trabajo correcto en las áreas de formación, los integrantes de la empresa no creen en el sistema ni en que sirva para nada. Esto claramente lleva a la degeneración.

La solución a este problema sólo puede ser uno aunque sea drástico: rediseñar el sistema de gestión de la calidad empezando la casa por los cimientos y no por el tejado. En este contexto, cobra sentido la aplicación del Modelo EFQM como referente de Excelencia.

## 6 EL SECTOR HOSPITALARIO

### 6.1 .SITUACIÓN ACTUAL DE LA SANIDAD A NIVEL MUNDIAL

La actual situación sanitaria mundial plantea cuestiones apremiantes en relación con la justicia. En algunas partes del mundo existe la expectativa permanente de disfrutar de una vida más larga y agradable, mientras en muchas otras se asiste con desesperanza al fracaso de la lucha contra las enfermedades, aun cuando existen los medios necesarios para combatirlas.

En el año 2000, los 193 países miembros de las Naciones Unidas acordaron 8 propósitos de desarrollo humano a conseguir en 2015, estas metas se definieron con el nombre de Objetivos de Desarrollo de Milenio (ODM). Se trata de problemas de la vida cotidiana que son graves y radicales.

Cada año la Organización Mundial de la Salud lleva a cabo informes y publicaciones sobre la situación sanitaria mundial, en las estadísticas de 2011 publicadas por la misma se hizo patente que el logro de los ODM relacionados con la salud seguían difiriendo tanto entre los países como entre los diversos objetivos.

El logro de los ODM relacionados con la salud está muy condicionado al grado en que se puedan integrar los programas de salud, se cubran los déficits de financiación y se fortalezcan los sistemas de salud.

En lo relacionado al gasto mundial en salud por habitante el siguiente mapa nos muestra el total gastado por cada país en dólares en el año 2004. Como se puede observar, los países que más gastaron en salud son países desarrollados y avanzados, como Estados Unidos, Alaska y Noruega.

En este primer país la sanidad es privada, de forma que un estadounidense gastará mucho más en sanidad que un español, ya que aunque ambos tengan la misma salud el segundo podrá acudir a la Seguridad Social y recibir atención gratuita.

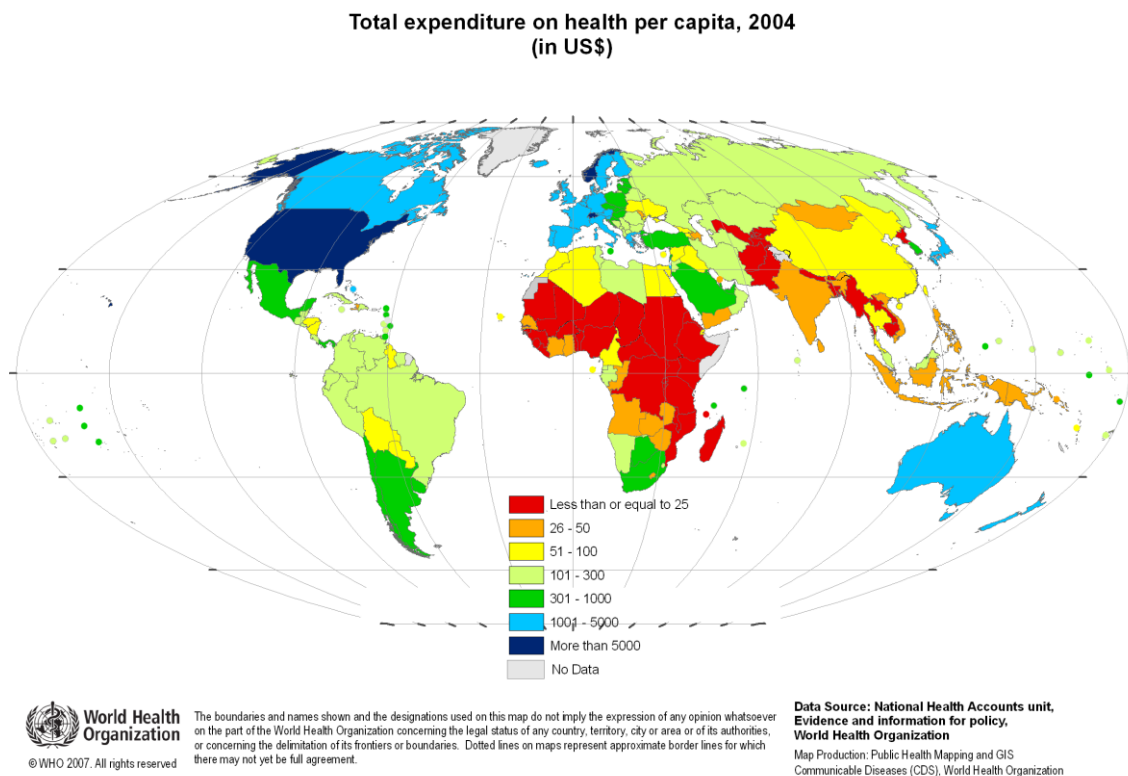
En cuanto a Alaska, en ella habitan 686.293 personas con una gran densidad de tierra por habitante, parte de ellos son pueblos indígenas, pero alrededor del 69,3% son pobladores blancos con muchas urgencias sanitarias debidas al frío.

España se encuentra, junto con otros países en la siguiente franja de colores, es decir, un español gasta en sanidad entre 1.001 y 5.000 dólares.

En lo referente a los países con código rojo, son países en desarrollo, compuesta en gran partes por países de la Región de África y unos cuantos países de la Región de Asia.



Figura 1: Gasto Mundial en Salud per cápita en 2004

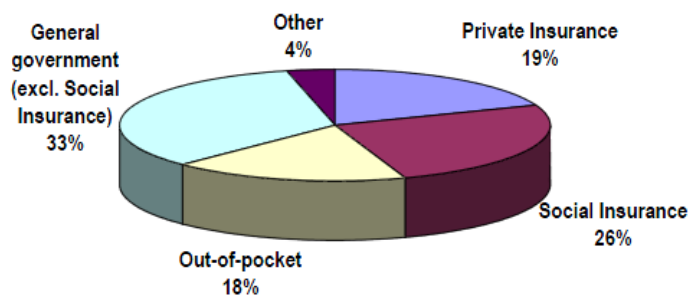


Fuente: Organización Mundial de la Salud

Respecto a la composición del gasto mundial en salud el siguiente gráfico nos muestra cómo financió la población mundial el mismo durante el año 2005. El Gobierno fue quién financió en mayor medida dicho gasto, con un 33% del total, este porcentaje no incluye el gasto efectuado por la Seguridad Social. En segunda posición, con un 26% está la Seguridad Social, no obstante hay que contar con el hecho de que muchos países no cuentan con este sistema, por lo que es considerablemente importante que esta forma de financiación haya alcanzado el segundo puesto en este gráfico. El seguro privado, muy extendido en países desarrollados que no cuentan con Seguridad Social ocupa el 19%, y el 18% corresponde al gasto que ha hecho frente la población con dinero de su propio bolsillo. Para terminar, el 4% restante corresponde a otras formas de financiación.

Figura 2: Composición del Gasto Mundial en Salud en 2005

### Composition of World health expenditures (World spent US\$4.4 trillion on health in 2005)



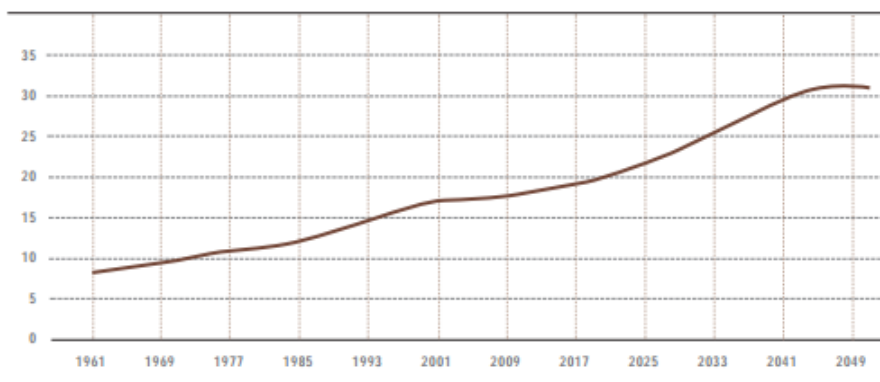
Fuente: Organización Mundial de la Salud

## 6.2 DIVERSIFICACIÓN DE LA DEMANDA HOSPITALARIA

El proceso de cambio poblacional en que se encuentran inmersos la totalidad de países desarrollados ha provocado el interés de los gobiernos en los efectos del envejecimiento sobre la economía y cuentas públicas y, en especial, sobre el sostenimiento futuro de los sistemas sanitarios. Un análisis en el plano nacional muestra que el motor principal de la variación de las estancias deja de ser el crecimiento de la población, como venía aconteciendo hasta la década de los ochenta, siendo sustituido por el cambio en la estructura por edades. Sin embargo, los incrementos futuros en las estancias no son tan elevados como los registrados en las décadas de los ochenta y noventa. El análisis por provincias tiene un horizonte más modesto (año 2005) y la principal conclusión reside en la heterogeneidad que se manifiesta en cuanto a la importancia de los factores explicativos del crecimiento en las estancias.

Como se puede observar en el siguiente gráfico, efectuando una previsión del porcentaje de población española con 65 años y más mediante una fórmula matemática, se observa el crecimiento continuado de este porcentaje de la población, de forma que para el año 2050 un 30% de la población tendrá más de 65 años.

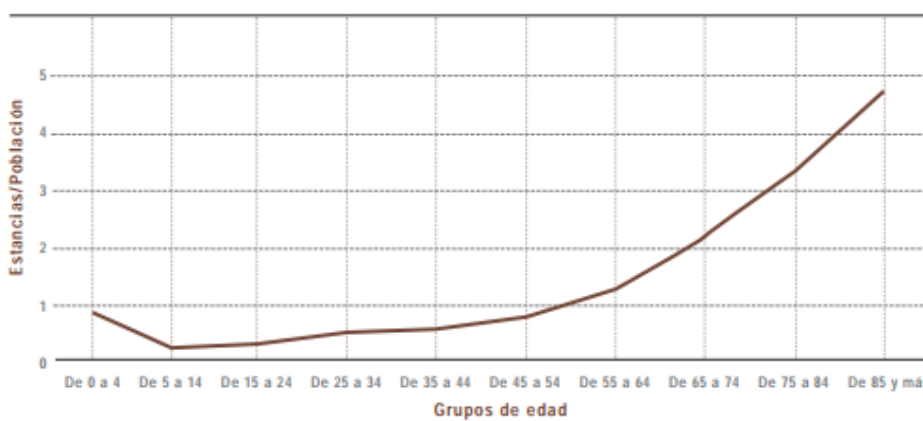
Figura 3: Porcentaje de la población española con 65 años y más: 1961-2050



Fuente: Organización Mundial de la Salud

Este envejecimiento demográfico tendrá repercusión sobre el crecimiento de las estancias hospitalarias, ya que este grupo de edades avanzadas son los que mayor consumo efectúan de recursos sanitarios. Esto último se aprecia en el gráfico 2 al observar el perfil en forma de J que presenta la distribución de las estancias por edades, indicando el crecimiento de las estancias a partir de una reducida edad. De esta forma, un proceso de envejecimiento irá acompañado un incremento en el número de estancias aun en el caso de que el número de habitantes permaneciera fijo.

Figura 4: Distribución de las estancias por grupos de edad en 1999



Fuente: Organización Mundial de la Salud

De este modo, el crecimiento en la demanda asistencial y la limitación en la oferta de servicios han generado un proceso de racionalización de recursos, traducido en conceptos de planificación, organización y estructura como:

**La red hospitalaria**, entendida como un sistema compuesto por centros asistenciales de diferente nivel de complejidad de atención, con mecanismos de interacción definidos, donde el principio de complementariedad regula las relaciones.

**La clasificación por niveles de atención**, la cual constituye una herramienta fundamental para la conformación de la Red Hospitalaria, emplea criterios como las características de la población usuaria, áreas de cobertura, morbilidad, tipo de servicios y recurso humano disponible.

**La categorización o calificación**, dentro de la conceptualización de la red hospitalaria y la clasificación por niveles de atención, en donde surge la necesidad de evaluar individualmente los recursos institucionales en cuanto a planta física, instrumental y equipo, tipo y nivel de formación del personal vinculado, uso de tecnología y otros parámetros que facilitan la caracterización de cada centro asistencial.

**Los sistemas de referencia y contra-referencia**, entendidos como el conjunto de normas, protocolos y procedimientos ordenados a fin de orientar la atención y remisión de pacientes de los niveles inferiores de la organización de los servicios de salud hacia los niveles superiores y de los superiores a los inferiores respectivamente. Este aspecto pretende racionalizar al máximo los recursos disponibles bajo parámetros de eficiencia, efectividad y oportunidad en la atención en salud.

La demanda potencial por desastres de origen natural o antrópico puede generar frecuentemente modificaciones en el funcionamiento de los sistemas de salud. Estos cambios deben ser específicos para cada evento (tipo, magnitud, intensidad y duración), lugar, población e infraestructura expuesta; aspectos que indudablemente deben relacionarse con la información epidemiológica, morbilidad, mortalidad y en general con el diagnóstico de salud de la región. Esta sobreposición de información debe confrontarse con la capacidad de ofrecer servicios de salud obteniendo una relación demanda/oferta potencial en el caso de ocurrencia de un desastre. Este análisis es de gran importancia para identificar las variables que influyen negativamente, a fin de intervenirlas.

### 6.3 EL TOP 20 HOSPITALES DE ESPAÑA

El TOP 20 Hospitales de España es un programa de evaluación de hospitales de toda España públicos y privados, basado en indicadores objetivos, obtenidos a partir de datos que se registran de forma rutinaria. Ofrece al sector sanitario un benchmark útil para la mejora de resultados, basado en indicadores de calidad, funcionamiento y eficiencia. Actualmente, este programa es el único referente nacional para la comparación de resultados con hospitales de un mismo nivel que se ofrece gratuitamente.

Tras 10 años de funcionamiento de este ranking y más de 150 hospitales participantes, el programa está totalmente consolidado en el entorno sanitario español y es un programa muy valorado tanto por los hospitales como por las administraciones sanitarias.

Además del TOP general, a partir del año 2002 se amplió el enfoque a áreas clínicas concretas lo que supone una aportación más hacia una cultura del conocimiento objetivo en los servicios sanitarios, ya que muchos centros que no pueden alcanzar un buen balance de resultados globales sí que pueden albergar unidades excelentes, y esta labor puede mostrar a otros el camino a seguir.

A partir del año 2009 y coincidiendo con el aniversario de los 10 años del TOP 20, se actualizó el sistema de evaluación dándole mayor amplitud y ofreciendo más información a los participantes, con la evaluación sistemática de 6 áreas clínicas.

En la participación, el hospital recibe un perfil con sus resultados en 6 indicadores clave con la posición que ocupa respecto a hospitales similares al suyo. El mismo hospital puede averiguar cuál es su capacidad de mejora respecto al resto para poder fijar objetivos y acciones de perfeccionamiento en cada ámbito de evaluación.

Los Hospitales TOP son los que, dentro de cada grupo, muestran un mejor balance en los 6 indicadores evaluados. Si el hospital es TOP, se reconoce su buena labor con la entrega de un galardón por parte de su Servicio de Salud durante la Conferencia TOP 20, que Lasist celebra cada año.

## 7 DESCRIPCIÓN DEL HOSPITAL

### 7.1 INTRODUCCIÓN

EL hospital objeto de este proyecto comenzó sus actividades en 1986 partiendo de una anterior clínica, ahora, con más de 25 años de experiencia sigue luchando por dar el mejor servicio a sus pacientes ante la ausencia de estructura sanitaria en la zona preocupante debido al creciente auge de un turismo de edad, y ante la insistencia de diversos organismos.

Este centro es, además, uno de los acreditados y recomendados por la Consejería de Sanidad para la ejecución de las listas de espera Quirúrgicas del Sistema Nacional de Salud, así como para el manejo integral de los pacientes oncológicos.

En cuanto a dotación tecnológica, este centro es uno de los punteros en equipamiento para el diagnóstico y tratamiento del cáncer dado el acuerdo con General Electric que convierte a esta organización en referencia en España para el desarrollo de nuevas tecnologías. Entre su equipamiento cuenta con una Unidad de Radioterapia, un TAC-PET 16 cortes y una Unidad de Medicina Nuclear con la tecnología más avanzada en estos momentos en nuestro país.

El hospital recibió también el prestigioso premio Hospitales Top 20 año 2004 y 2008, nombrado anteriormente en el punto 6.3, que lo posiciona como el mejor Hospital privado de España, en la categoría de Hospitales Privados Grandes. Este estudio se elaboró por una consultora independiente de prestigio internacional, I Asist, socia de Solucient Internacional, que evaluó los servicios y reconoció la labor de los hospitales según los patrones Benchmark para la excelencia.

Respecto a los estándares de calidad, esta empresa trabaja bajo los estándares de calidad asumidos desde hace más de 10 años incrementando los servicios acreditados con el Certificado de acreditación internacional ISO 9002, y la consolidación definitiva del ITIC (Instituto para Tratamiento Integral del Cáncer), a través del desarrollo de los ensayos clínicos, y proyectos de investigación con distintos organismos estatales.

## 7.2 MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

### 7.2.1 MISIÓN

***“Nuestra misión es proveer de una asistencia sanitaria privada de vocación internacional, cualificada, ágil y personalizada en la prevención, hospitalización y asistencia domiciliaria.”***

### 7.2.2 VISIÓN

***“Ofrecer asistencia médica de calidad, a un precio justo. Manteniéndonos en la vanguardia de las tecnologías de última generación e integrando servicios que nos permitan una atención óptima del paciente.”***

### 7.2.3 VALORES

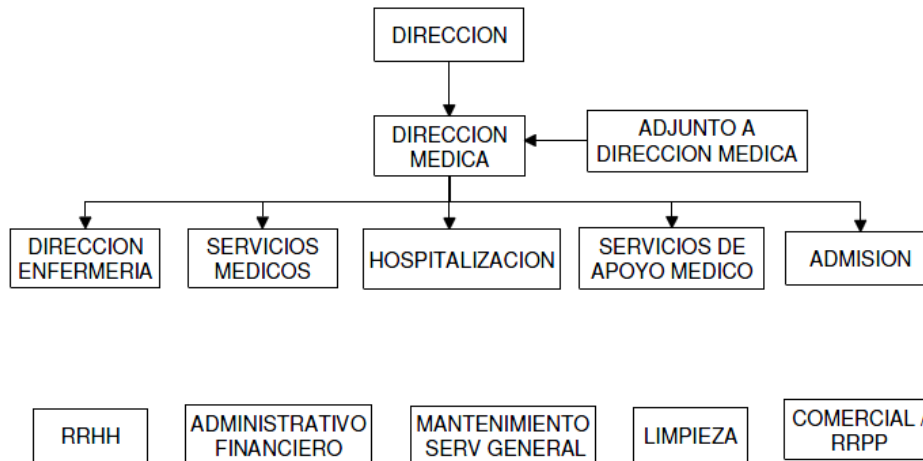
Los valores de la empresa son los siguientes:

- **Ética:** Apego a los códigos, normas y principios del actuar del equipo de salud.
- **Respeto:** Considerar sin excepción alguna la dignidad de la persona humana, los derechos y las libertades que le son inherentes, siempre con trato amable tolerante.
- **Honestidad:** Reconocimiento de nuestra actitud o vocación por el servicio ante los intereses personales o de grupo. Asumir una actitud de respeto a la dignidad y el valor de las personas.
- **Profesionalismo:** Aplicar los conocimientos adquiridos para apoyar los servicios que presta la institución.
- **Trabajo en Equipo:** Conformar grupos de trabajo en los cuales sus integrantes aporten sus conocimientos personales, sus habilidades, sus ideales y sus motivaciones.
- **Congruencia:** Identificarse con la misión y visión de la institución y comprometerse con ella.

### 7.3 ORGANIGRAMA CORPORATIVO

En relación al organigrama corporativo de la organización, a continuación se expone la figura que representa el mismo:

Figura 5: Organigrama corporativo de la organización



Fuente: Manual de calidad de la clínica

### 7.4 ÁREAS DE LA EMPRESA Y FUNCIONES

A continuación se detallan las funciones básicas y las responsabilidades de cada una de las principales áreas:

#### 7.4.1 ÁREA ADMINISTRATIVA

- Asesoría laboral
- Asesoría fiscal
- Contabilidad
- Finanzas
- Facturación
- Nóminas
- Gestión de mensajería
- Relación con suministradores



- Gestión del correo postal
- Gestión de maestros en la Intranet corporativa

### 7.4.2 **ÁREA RECEPCIÓN Y RELACIONES PÚBLICAS**

- Gestión telefónica
- Gestión de faxes
- Recepción de visitas
- Servicio de traducción
- Admisión
- Cobros
- Telefonía
- Ingresos programados y urgentes

### 7.4.3 **ÁREAS POLICLÍNICA DE CONSULTAS EXTERNAS A PACIENTES PRIVADOS Y ASEGURADOS AMBULANTES**

- Atención de Consultas Externas del hospital

### 7.4.4 **ÁREA DE URGENCIAS**

- Asistencia 24 horas todos los días del año
- Ambulancias del centro
- Coordinación con otros especialistas para una atención completa en caso necesario

### 7.4.5 **ÁREA DE QUIRÓFANOS Y UCI**

- Servicio de Esterilización
- Cirugía Cardíaca
- Cirugía Estética, Plástica y Reparadora
- Cirugía General y Aparato digestivo
- Cirugía Laparoscópica de la Obesidad
- Cirugía Maxilofacial
- Cirugía Ortopédica y Traumatológica
- Cirugía Oncológica
- Cirugía Torácica
- Cirugía Vasculat
- Dermatología

- Endoscopia digestiva
- Ginecología
- Neumología, Ecobroncoscopia
- Neurocirugía
- Oftalmología
- Otorrinolarigología
- Urología

#### **7.4.6 ÁREA DE CLÍNICA CON SUS TRES PLANTAS DE HABITACIONES**

- Área de hospitalización

#### **7.4.7 ÁREAS DE SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS**

- Hemodiálisis
- Hemodinámica y Cardiología Intervencionista
- Cardiología y Cirugía Cardíaca
- Neurofisiología
- Radiología
- Rehabilitación
- Etc.

Algunos de estos servicios están concertados con la AVS.

#### **7.4.8 ÁREA DE LABORATORIO DE DETERMINACIONES ANALÍTICAS**

- Actividad programada y urgente
- Extracción en sala
- Respuesta a pacientes ingresados: en el día
- Respuesta a pacientes externos: a demanda, máximo 24 horas

#### **7.4.9 ÁREA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**

- Realiza estudios sobre Biopsias y Citologías remitidas por los diferentes Servicios Médicos de la Clínica

#### 7.4.10 ÁREA DE FARMACIA INTERNA

- Dispensación de medicamentos
- Formulaciones magistrales
- Alimentación parental a todos los Servicios de la Clínica que lo requieran

#### 7.4.11 ÁREA DE LIMPIEZA Y GESTIÓN DE LAVANDERÍA

- Limpieza de salas, despachos y zonas comunes
- Lavandería, plancha y cosido

#### 7.4.12 ÁREA DE COCINA Y CAFETERÍA

- Proporciona alimentación a pacientes ingresados, sus familiares, así como al personal del centro.

#### 7.4.13 ÁREA DE SERVICIOS TÉCNICOS Y COMPRAS

- Compras de servicios varios y consumible
- Sistema informático propio con conexión a los distintos departamentos

#### 7.4.14 ÁREA MÉDICA O CUADRO MÉDICO

- Anatomía patológica
- Anestesiología
- Aparato Digestivo. Endoscopias
- Cardiología
- Cirugía Cardíaca
- Cirugía General y Aparato digestivo
- Cirugía Maxilofacial
- Cirugía Ortopédica y Traumatología
- Cirugía Plástica, Estética y Reparadora
- Cirugía Torácica
- Cirugía Vasculat
- Dermatología
- Diagnóstico por imagen. Medicina nuclear
- Diagnóstico por imagen. Radiodiagnóstico
- Electrofisiología
- Endocrinología

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

- Farmacia hospitalaria
- Ginecología y Obstetricia
- Laboratorio de Análisis Clínicos y Microbiología
- Medicina Interna
- Nefrología. Unidad de Diálisis
- Neumología
- Neurocirugía
- Neurofisiología. Unidad de sueño
- Neurología
- Neurorradiología
- Nutrición y dietética
- Oftalmología
- Oncología Médica
- Oncología Radioterápica
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Podología
- Psicología
- Psiquiatría
- Radiología intervencionista
- Reumatología
- Servicio de Urgencias
- Unidad de Cuidados Intensivos
- Unidad de Hematología Clínica y Hemoterapia
- Unidad de Hemodinámica
- Urología

### 7.4.15 ÁREA DE ENFERMERÍA

- Información General
- Preparación a pruebas diagnósticas
- Dietas hospital
- Fisioterapia
- Enfermería oncológica

### 7.4.16 ÁREA ONCOLOGÍA INTEGRAL

- Radioterapia
- Quimioterapia
- Tratamientos de Braquiterapia
- Oncología Médica

- Hospital de Día
- Medicina Nuclear

## 7.5 ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES

El responsable de cada área y sus sustitutos están recogidos en el formulario denominado “Tabla de asignación de responsabilidades”.

<b>TABLA DE ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES</b>	
Directora medica	Nombre de la Directora medica
Coordinadora de Calidad	Nombre de la Coordinadora de Calidad
Responsable de las Instalaciones	Nombre del Responsable de las Instalaciones
Director de administración	Nombre del Director de administración
Responsable de Enfermería	Nombre del Responsable de Enfermería
Responsable de Laboratorio	Nombre del Responsable de Laboratorio
Responsable de Hemodiálisis	Nombre del Responsable de Hemodiálisis
Jefe servicio tco	Nombre del Jefe servicio tco
Responsable de Hemodinámica	Nombre del Responsable de Hemodinámica
Responsable de Neurofisiología	Nombre del Responsable de Neurofisiología
Responsable de Admisión	Nombre del Responsable de Admisión
Responsable de Farmacia	Nombre del Responsable de Farmacia
Responsable de Anatomía	Nombre del Responsable de Anatomía
Responsable de Esterilización	Nombre del Responsable de Esterilización
Responsable de Radioterapia, patológica y quirófano	Nombre del Responsable de Radioterapia, patológica y quirófano
Responsable de Medicina nuclear	Nombre del Responsable de Medicina nuclear
Responsable de Oncología	Nombre del Responsable de Oncología
Responsable de Resonancia Magnética	Nombre del Responsable de Resonancia Magnética

## 7.6 ÓRGANO DE GESTIÓN

El Órgano o Comité de Gestión se ocupa de las siguientes funciones:

- Realización del seguimiento general del Sistema de Calidad y M.A. y su revisión periódica.
- Revisión de los indicadores de Calidad y M.A. y su evolución.
- Resolución de todas las incidencias relevantes relacionadas con la calidad.
- Revisión de los planes de acción para las No Conformidades.
- Revisión de las Acciones Correctoras y Preventivas.
- Aprobación el Programa de Auditorías Internas y designar al personal auditor.

Estas revisiones implican el conocimiento de la situación actual y la aplicación de acciones sobre desviaciones. El responsable de Calidad informa a la Dirección médica de las decisiones adoptadas sobre calidad, así como de las acciones que requieren su aprobación.

Anualmente, se dedican al menos dos sesiones monográficas a la revisión del informe anual del Sistema de Calidad y a la confección de la propuesta a Dirección de objetivos de calidad para el año siguiente. La responsable de Calidad confecciona el informe de revisión del Sistema de Calidad y la propuesta de nuevos objetivos para su posterior revisión y aprobación.

El acta de la revisión del Sistema de Gestión de la calidad por la Dirección se cumplimenta en un formulario. La formulación de objetivos anuales se documenta en un comunicado de Dirección que difunde a toda la organización en un mail a la cuenta electrónica corporativa, así como los cambios en la política de calidad, si los hubiere.

## 7.7 PERSONAL

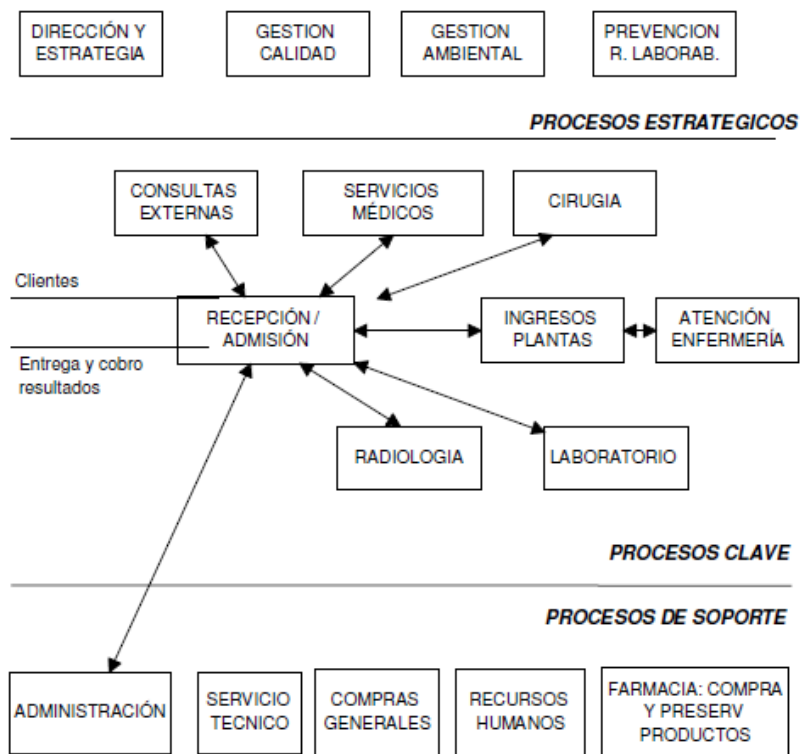
- Directora medica
- Coordinadora de Calidad
- Responsable de las Instalaciones
- Director de administración
- Responsable de Enfermería
- Responsable de Laboratorio
- Responsable de Hemodiálisis
- Jefe servicio tco
- Responsable de Hemodinámica
- Responsable de Neurofisiología
- Responsable de Admisión
- Responsable de Farmacia
- Responsable de Anatomía
- Responsable de Esterilización

- Responsable de Radioterapia, patológica y quirófano
- Responsable de Medicina nuclear
- Responsable de Oncología
- Responsable de Resonancia Magnética

## 7.8 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

El mapa que se presenta a continuación muestra los principales procesos de la organización, que corresponden a las actividades de valor añadido. Además de esta figura, el hospital cuenta con 13 diagramas más para explicar el funcionamiento de cada uno de sus procesos y subprocesos, como son el de homodiálisis, hemodinámica, neurofisiología y unidad del sueño, entre otros. No obstante, aquí presentamos sólo el principal, y del que cuelgan el resto de procesos y procedimientos.

Figura 6: Procesos principales de la organización



Fuente: Manual de calidad de la clínica

## 7.9 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

A continuación se tratan los puntos referentes a la medición, análisis y mejora de los servicios.

### 7.9.1 GENERALIDADES

El hospital ha identificado las necesidades y métodos para realizar el seguimiento, medición, análisis y mejora de sus servicios y Sistema de Gestión de la Calidad, permitiendo la mejora de los mismos.

También se ha desarrollado un documento de control para vigilar el buen funcionamiento del sistema de gestión en su apartado medioambiental, con la revisión del cumplimiento de los Procedimientos e Instrucciones de trabajo establecidos, en su apartado medioambiental, y el cumplimiento de la normativa ambiental aplicable, según se establece en el PR-21-03 “Control y medición de las características claves del SGMA”.

### 7.9.2 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

La clínica emplea medios para identificar la satisfacción de los clientes con los servicios que proporciona y el cumplimiento de los requisitos establecidos.

Para ello se recogen las quejas y reclamaciones de los clientes, a fin de detectar áreas de mejora que permitan mediante la incorporación al Sistema de Calidad y con ello incrementar la apreciación de los clientes sobre los servicios prestados por la empresa.

La satisfacción de los proveedores puede asociarse a la satisfacción de los pacientes que nos son remitidos.

En todos los casos la información es analizada por el Comité de Gestión, a fin de establecer un análisis de la situación y adoptar las oportunas acciones.

### 7.9.3 AUDITORÍAS INTERNAS

El uso de las auditorías internas se considera como una herramienta básica del Sistema de Calidad y MA.



## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

Por ello la empresa ha establecido con frecuencia anual un programa de auditorías internas que abarca todas las actividades comprendidas en su Sistema de Calidad y M.A.

Estas auditorías pueden ser realizadas por personal cualificado de la empresa o por personal externo subcontratado. En ambos casos deberá cumplir los perfiles establecidos en el procedimiento.

En el caso de que las auditorías se realicen por personal interno, éste deberá ser independiente del área auditada.

La realización de la auditoría se hace en base a lo estipulado en el mismo procedimiento. De cada auditoría se deriva un informe que debe ser presentado a la Dirección para que lo considere en las revisiones del Sistema de Calidad y M.A.

Una vez elaborado el informe se comunica a los responsables afectados, se establecen acciones correctivas y se realiza un seguimiento de las mismas, lo que incluye asignación de responsables, fecha de ejecución, comprobación y cierre, de forma que se asegure que los puntos detectados en la auditoría quedan resueltos y, en la medida de lo posible, no vuelvan a producirse.

### **7.9.4 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS**

La Dirección mide y analiza parámetros e indicadores relativos al desarrollo de los procesos clave, que proporcionan información sobre el desempeño de los procesos por parte de la organización.

Se ha desarrollado un documento de control que permite observar el buen funcionamiento del sistema de gestión en su apartado medioambiental, con la revisión del cumplimiento de los procedimientos e instrucciones de trabajo establecidos, en su apartado medioambiental y el cumplimiento de la normativa ambiental aplicable, este proceso se establece en el PR-21-03 "Control y medición de las características claves del Sistema de Gestión Medioambiental".

### **7.9.5 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO**

El producto de esta clínica son los servicios proporcionados a sus clientes, plasmado en la atención médico-sanitaria especializada, acompañada de los pertinentes Informes emitidos por sus facultativos. Las medidas primordiales que ayuden a conocer el

cumplimiento de los requisitos de este servicio lo constituyen el conocimiento de la Satisfacción de los clientes, Indicadores y las No Conformidades, parámetros de realización del Servicio, etc.

Estos puntos son tratados según se indica en sus procedimientos respectivos.

### 7.9.6 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME

Para la organización, disponer de un sistema que le permita registrar y establecer el tratamiento de los fallos o errores que se puedan haber cometido, es una de las bases de la mejora global del sistema de calidad y M.A.

A partir del conocimiento de los propios errores se pueden estudiar los procesos y mejorarlos.

Por ello, y cumpliendo con el requisito correspondiente de la norma, se han establecido procedimientos documentados que describe como se debe actuar cuando se detecten fallos internos (PR-13-01 "Control de no conformidades") o se reciban quejas o reclamaciones de clientes (PR-13- 02 Tratamiento de quejas y reclamaciones), de forma que se garantice una respuesta satisfactoria y en el menor tiempo posible.

Estos procedimientos funcionan, debido a que todo el personal está realmente comprometido con la Política de Calidad y M.A. de la empresa, y debido a su sentido de la responsabilidad y rigor en la aplicación del procedimiento se logra que la detección de errores sea una herramienta realmente potente.

La información recogida a través del sistema establecido sirve de base para la puesta en marcha de indicadores de calidad.

El Coordinador de Calidad y M.A. presenta en el Comité de Gestión un informe sobre los productos y materiales no conformes y las No Conformidades internas.

### 7.9.7 ANÁLISIS DE DATOS

Se ha establecido una serie de Indicadores de Calidad y M.A., que proporcionan información recopilada de aspectos importantes de los procesos implicados, y que han sido aprobados por la Dirección en base anual.

Áreas tratadas por los indicadores son: Quejas y Satisfacción del Cliente, No Conformidades, Resultados y tendencias de los procesos.

Los indicadores se calculan periódicamente, y tienen objetivos definidos por la Dirección. La evolución de los indicadores, así como la consecución de sus objetivos y acciones derivadas está establecida en el Procedimiento de Revisión del Sistema de Calidad y M.A. por la Dirección.

Este procedimiento también establece la revisión anual de los objetivos e indicadores de calidad y M.A. y planificación de objetivos para el nuevo año.

El resultado del análisis realizado permite determinar la eficiencia del sistema, e identificar áreas de mejora posibles.

### 7.9.8 MEJORA CONTÍNUA

La organización ha definido que las vías hacia el logro de la mejora continua pasan por el adecuado uso de la Política de Calidad y M.A., el establecimiento de objetivos de calidad y M.A. adecuados, el análisis y corrección de las No conformidades detectadas durante las auditorías Internas, la solución de las No Conformidades, el análisis de datos y la revisión del Sistema por el Comité de Gestión y el establecimiento de Acciones Correctivas y Preventivas cuando sea pertinente.

### 7.9.9 ACCIONES CORRECTIVAS

El tratamiento de una acción correctiva, obedecerá a una investigación hecha por la clínica para identificar la causa que genera la no conformidad, y una vez implementada, cerciorarse de su no recurrencia.

La metodología usada para el tratamiento adecuado de la Acción Correctiva constará de los siguientes pasos:

1. Detección de una No conformidad, considerando las posibles fuentes que pueden producir una no conformidad.
2. Aminoración de su Efecto, mediante acciones inmediatas para resolver los desperfectos que la no conformidad ha causado.
3. Análisis de los Síntomas.
4. Análisis de Causalidad para llegar a la identificación de la raíz de las causas ya conocidas, producto del análisis de síntomas.
5. Definir la Acción Correctiva, que evite la repetición del problema.
6. Implantación de la Acción Correctiva

### 7.9.10 ACCIONES PREVENTIVAS

La organización tiene establecido un sistema para que, una vez detectadas las No Conformidades (reales o potenciales), puedan establecerse acciones correctivas para solucionar el problema evitando su recurrencia, o en función de su gravedad potencial, emprender acciones preventivas que inhiban o minimicen su aparición. Ello está plasmado en un procedimiento operativo.

A partir de las No Conformidades, reales o potenciales, detectadas por cualquiera de las vías posibles indicadas en la documentación del sistema de Calidad, la empresa tienen previsto considerar los casos en los que se requiere establecer acciones correctivas o preventivas que solucionen estos problemas.

Los problemas serán analizados, estudiando las causas de los mismos, estableciendo acciones, con su responsable y fecha de realización, y una vez implantadas se realizará un seguimiento de las mismas para comprobar su implantación, que el resultado es el deseado y la efectividad de su implantación se mantiene. Existen formularios definidos para facilitar esta tarea. Un informe del avance es presentado al Comité de Gestión.

### 7.9.11 ASPECTOS MEDIOAMBIENTALES

El objeto de este punto es establecer cómo identificar y definir los aspectos medioambientales de las actividades, procesos, productos y servicios desarrollados en el hospital y delimitar las responsabilidades respecto a los aspectos medioambientales a todos los niveles de la empresa.

Como paso previo e inicial, la organización llevó a cabo la realización de una Revisión Medioambiental Inicial (RMI), donde quedaron definidos todos los aspectos medioambientales asociados a las actividades, instalaciones, procesos y servicios de la clínica.

La coordinadora de Calidad y de Medio Ambiente de la organización es responsable de identificar y determinar cuáles de sus actividades, productos y servicios tienen o pueden tener impactos medioambientales significativos. Por ello aplicará el procedimiento PR-21-02 Identificación y Evaluación de los Aspectos significativos, de forma periódica para actualizar los existentes y determinando, definiendo, comprobando y cuantificando los impactos de otras actividades existentes con aspectos medioambientales significativos no detectados.

La determinación de aspectos ambientales significativos se realizará antes de:

- El establecimiento de los objetivos y las metas medioambientales.

- El desarrollo de un nuevo producto o proceso.
- La modificación de un producto o proceso existente que pueda crear nuevos aspectos ambientales o incrementar los impactos ambientales existentes de manera significativa.

### 7.9.11.1 REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS MEDIOAMBIENTALES

La empresa ha de establecer cómo conocer e identificar los requerimientos legales, normativos o de cualquier otra naturaleza aplicables a los aspectos ambientales de sus actividades, procesos, productos y servicios. Y delimitar las responsabilidades respecto a dichos requisitos a todos los niveles de la compañía.

Así pues, se ha preparado el procedimiento PR-21-04: “Identificación y acceso a los Requisitos Legales” para la identificación y el acceso a los requisitos legales y otros requisitos aplicables a los aspectos medioambientales identificados en el punto anterior, que se recogen en un Registro de Normativa, y su actualización.

La determinación de los requerimientos legales o de cualquier otro requerimiento se realiza antes de:

- Iniciar las actividades de la empresa o de cualquiera de sus departamentos.
- Que se promulgue un nuevo requerimiento o un requerimiento existente sufra modificaciones o cambios.
- Que se diseñe / lance un nuevo proceso o servicio.
- Que se modifique un proceso existente.

Esta identificación y acceso de los requisitos legales tendrá lugar a partir de boletines y publicaciones oficiales como son:

- DOCE: Diario Oficial de la Comunidad Europea (Normativa Comunitaria).
- BOE: Boletín Oficial del Estado (Normativa estatal).
- DOGV: Diari Oficial de la Generalitat Valenciana (Normativa autonómica).
- BOPA: Boletín Oficial de la Provincia de Alicante (Normativa local).

La pertenencia de la empresa a entidades medioambientales, permite a la organización disponer y actualizar los requisitos legales relacionados con la actividad.

La identificación y acceso de los requisitos legales de aplicación se complementa con el apoyo y asesoramiento de asesoría externa

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

Los requisitos legales y reglamentarios concretos que afectan a la actividad son los referentes a:

- Emisiones a la atmósfera: la actividad desarrollada no está catalogada como empresa potencialmente contaminadora de la atmósfera, una vez revisada la legislación de contaminación atmosférica.
- Vertidos de Aguas Residuales: Las aguas residuales producidas en las instalaciones son de origen sanitario, por lo que tienen una composición típica de un agua residual urbana. Estas aguas se canalizan hasta la red de saneamiento de los centros y posteriormente pasan a la red general para ser tratadas en EDAR.
- Residuos:
  - RSU: desde la organización los residuos sólidos urbanos y asimilables son entregados para su gestión al Servicio Municipal de Recogida de Basura correspondiente, estos son depositados en los contenedores existentes en cada centro para su posterior recogida y tratamiento.
  - Residuos Peligrosos: Los Residuos Peligrosos (RP's) generados son principalmente los residuos sanitarios del grupo III y grupo IV, que son segregados y almacenados temporalmente para su entrega a los gestores finales correspondientes del centro donde se ubica el servicio de la clínica.
- Ruidos: Ningún nivel elevado de contaminación acústica generado por la actividad o los equipos empleados.

La Dirección se compromete al cumplimiento de cualquier otro requisito medioambiental firmado por la empresa, que no tenga carácter legal.

### 7.9.11.2 OBJETIVOS Y METAS MEDIOAMBIENTALES

La clínica establecerá y mantendrá documentados, objetivos medioambientales y metas coherentes con la política medioambiental establecida y con los compromisos de mejora continua y de prevención de la contaminación.

En su establecimiento, se tendrá en cuenta los requisitos legales y de otro tipo aplicable, los aspectos medioambientales significativos, así como sus opciones tecnológicas, requisitos financieros y la opinión de los individuos o grupos afectados por sus actuaciones medioambientales.

Tomando como base los objetivos, se establecerán y documentarán las metas o requisitos detallados de actuación de cada uno de los niveles y funciones de la organización involucrados en la consecución de los objetivos medioambientales establecidos.

Este capítulo se desarrolla con detalle en el procedimiento PR-21-01 Establecimiento de Objetivos y Metas.

### **7.9.12 CONTROL OPERACIONAL**

En este punto se definen las instrucciones necesarias, para asegurar que todas las actividades referentes a la gestión medioambiental puedan:

- Cumplir la Política de Calidad y Medio Ambiente de la empresa.
- Cumplir los objetivos y metas ambientales.
- Establecer y mantener procedimientos adecuados.

Dicho control operacional se enmarca dentro de las actividades destinadas a controlar aquellos aspectos cuya repercusión sobre el medio ambiente ha sido considerada como significativa, así como aquellos otros que, a pesar de no tener una influencia clara sobre el medio ambiente, su gestión y control repercute favorablemente en el comportamiento medioambiental de la clínica. En el procedimiento “Control Operacional” PR-21-06 se desarrolla este punto.

El control operacional desarrollado por el centro abarca, entre otros, los siguientes aspectos medioambientales: Residuos sanitarios, Residuos asimilables a urbanos, Consumo de Agua, Consumo de Energía, etc.

Para el control de cada uno de estos aspectos se han desarrollado los Procedimientos e Instrucciones de Trabajo necesarios para ello, en los que se recoge, tanto el modo de actuación para el control de los aspectos y sus impactos, y el ámbito de aplicación, como el responsable y personal encargado de ello.

### **7.9.13 PLANES DE EMERGENCIA Y CAPACIDAD DE RESPUESTA**

En el sistema se han de definir las instrucciones necesarias, para asegurar las actividades bajo condiciones de actuación no controladas y que permitan:

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Identificar los impactos ambientales potenciales que puedan producirse bajo funcionamiento del sistema fuera de control y minimizarlos.
- Atender situaciones derivadas de dicho funcionamiento.
- Comunicar dicho funcionamiento y sus efectos y consecuencias a los agentes sociales y a las autoridades.
- Restablecer la operación del Sistema de Gestión dentro de las condiciones normales.
- Efectuar pruebas periódicas de los planes.

La identificación y determinación de los riesgos potenciales constituye el primer paso para establecer los planes de emergencia ante estas situaciones. Ésta tiene lugar a través de la realización de una diagnosis.

De modo general, se han establecido como principales accidentes y situaciones de emergencia los potenciales incendios de las instalaciones y las inundaciones de las mismas.

Posteriormente se procede a la evaluación de los riesgos, con el fin de establecer los medios de protección frente a estas situaciones de emergencia.

El establecimiento, comunicación e implantación de los planes de emergencia constituye el paso definitivo para que todos conozcan su funcionamiento. Es por ello por lo que la empresa dispone de mecanismos eficaces que permiten informar y comunicar, tanto a empleados como a pacientes y acompañantes los planes de emergencia y las medidas de protección existentes.

Además, ésta se apoya en asesoría externa especializada en planes de emergencia para la identificación y evaluación de los riesgos potenciales, así como para el establecimiento e implantación de los correspondientes planes de emergencia (PR-21-07 "Situaciones de emergencia")

Los planes de emergencia son revisados periódicamente en especial después de ser testados en pruebas o simulaciones periódicas y después de accidentes o situaciones de emergencia reales.

### **7.10 RESPONSABILIDADES DE LA DIRECCIÓN**

Respecto a la responsabilidad de la Dirección se desarrollan los puntos siguientes:



### 7.10.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

La Dirección general del centro médico está plenamente involucrada en el desarrollo, implementación y mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad de la empresa.

Para ello comunica a toda la empresa la importancia de participar y seguir tanto el Sistema de Gestión de la Calidad y M.A. como todos los requisitos legales, reglamentarios y especificados por el cliente que conduzcan a la plena satisfacción del mismo.

Asimismo ha establecido la Política de Calidad y M.A. de la empresa y los objetivos de calidad revisables cada año.

Se ha establecido asimismo un esquema de seguimiento del Sistema de Calidad y M.A. por la Dirección y Comité de Gestión, documentado como se indicará más adelante.

Por fin, ha definido y dotado los recursos necesarios para el correcto desempeño, no solo de las Operaciones sino del Sistema de Gestión.

### 7.10.2 ENFOQUE AL CLIENTE

La Dirección general es consciente de que el éxito de la empresa pasa por entender las necesidades de los clientes y procurar la satisfacción de sus expectativas, así como mantener una respuesta equilibrada a las necesidades y expectativas de todas las partes interesadas.

Este entendimiento es la base para determinar las características clave del Producto ofertado, y basado en ello conseguir una posición competitiva, e identificar posibles oportunidades y amenazas

Para ello, se desarrollan actuaciones basadas en procedimientos que buscan la identificación y el cumplimiento de estos requisitos de nuestros clientes. En todos los casos todas las peticiones de servicio son revisadas para confirmar que los requisitos establecidos pueden cumplirse.

También se emprenden acciones para indagar por la satisfacción con el servicio recibido o recibir las quejas y reclamaciones de los clientes y proceder a su oportuno tratamiento.

Estos temas son además analizados en las reuniones de revisión del Sistema de Gestión de Calidad y M.A. por parte del Comité y el máximo nivel ejecutivo de la

organización, y son tenidos muy en cuenta a la hora de definir mejoras en los procesos de la misma.

### 7.10.3 POLÍTICA DE CALIDAD Y M.A.

La Dirección general asume la máxima responsabilidad de la calidad y M.A. en la empresa. Por ello ha desarrollado la Política de Calidad y M.A. que la empresa debe seguir y los objetivos para el cumplimiento de la misma. Esta Política de Calidad y M.A. se revisa al menos anualmente, a fin de adaptarla a los objetivos y estrategias de la empresa.

La Política de Calidad y M.A. debe formar parte de la cultura de la empresa y ser conocida y entendida por todo el personal. Con este fin, ha sido entregada y explicada a todos los empleados para su conocimiento y puesta en práctica.

Para el desarrollo de ésta se ha realizado, planificando y establecido documentalmente unos objetivos de Calidad y M.A. anuales, que son aprobados por la Dirección y alcanzados por la organización. Ello es además explicitado en objetivos de indicadores específicos para los departamentos.

La Dirección general cree indispensable que todo el personal de la empresa se encuentre implicado para conseguir la implantación y el funcionamiento eficaz del Sistema de Calidad y M.A.

La vocación principal de la organización es ser líderes en su sector, a través del diferencial de la calidad en todos sus servicios.

Por tanto, toda su actuación debe girar en torno al siguiente lema:

**“MEJORAR LA CALIDAD LOS SERVICIOS DE LA CLÍNICA EN TODOS SUS ASPECTOS”**

Esto deberá ser percibido por los clientes de forma palpable en cuanto a:

- La profesionalidad y la perfección de los servicios prestados.
- La aptitud y actitud en el trato personal, por parte de las personas que se relacionan directamente con ellos.
- La sensación de que la empresa es algo más que un proveedor de servicios sanitarios, que es un amigo.

La empresa debe ser capaz de captar las necesidades no sólo de los clientes, sino de toda la cadena de comercialización. Para ello la Dirección se compromete a:

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Dotar a la empresa de los medios materiales y humanos necesarios para conseguir los objetivos anteriores.
- Formar y motivar al personal para que pueda optimizar su actuación.
- Establecer los adecuados cauces de comunicación y participación de todo el personal en la mejora continua.
- Comunicar la importancia inexcusable de cumplir los requisitos de los clientes, así como los legales y reglamentarios.

Sólo de esta forma se conseguirán los niveles de competitividad y eficiencia económica que harán a la empresa ser líder.

Todo el personal sin distinción de funciones se debe encontrar claramente identificado con estos principios e implicado en la consecución de los objetivos marcados.

### **7.10.4 PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD**

La clínica ha establecido unos objetivos de Calidad y M.A, ya indicados, basados en la política y estrategias de la empresa. Estos objetivos se planifican y revisan con periodicidad anual, al tiempo que la Política de Calidad y M.A., y son comunicados a toda la organización para su cumplimiento.

Como forma de ayuda al cumplimiento de estos objetivos, se han definido indicadores de Calidad y M.A. que cubren los diferentes aspectos del servicio, que son seguidos en las reuniones de revisión del Sistema de Calidad.

Además, se ha establecido un procedimiento documentado para asegurar que los cambios susceptibles de afectar al sistema de gestión implantado se incorporan correctamente a este sistema.

Ello se aplica a fin de identificar todos aquellos cambios organizativos, de infraestructura, de recursos humanos, legislativos o reglamentarios, susceptibles de afectar al sistema de gestión implantado.

En el caso de que la empresa considerara la posibilidad de prestar servicios diferentes a los que hasta la fecha viene prestando, se revisarán los documentos referenciados, para comprobar que la nueva actividad se integra perfectamente en el sistema de calidad implantado. Entendiendo por nuevo servicio aquel que requiera la realización de actividades distintas de las desempeñadas en la actualidad por el personal.

### 7.10.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN

En cuanto a la responsabilidad y autoridad dentro de la empresa, la estructura se indica en el organigrama ya detallado. Este organigrama se complementa con la descripción de las funciones y responsabilidades de los distintos puestos de la empresa, que además de las generales deben operar de acuerdo con el Sistema de Calidad y M.A., y que de forma resumida se exponen a continuación.

#### **DIRECTOR GERENTE**

- Definir y comunicar las estrategias de la clínica para la consecución de su misión.
- Orientar la estrategia de Calidad y M.A. y la prioridad entre sus servicios.
- Máximo responsable de la organización en cuanto a sus relaciones con servicios externos.
- Apoyar y soportar las necesidades de recursos precisos para el buen éxito de las estrategias y orientación del hospital, en especial para la de Calidad y M.A.

#### **DIRECTOR GENERAL**

- Procurar la satisfacción de los clientes y los objetivos económicos de la clínica.
- Mantener y aumentar el prestigio del hospital frente a agentes externos.
- Colaborar en la preparación y ejecutar las estrategias de la organización.
- Dirigir a todo el equipo del hospital hacia la consecución de los resultados esperados.
- Responsable del funcionamiento operativo de la organización.
- Definir la estrategia de calidad del hospital, de acuerdo a la Política de Calidad y M.A., impulsando y apoyando todos los planes de calidad en cada una de las áreas de actividad de la empresa, y dotando a la empresa de los recursos necesarios para que los objetivos de calidad puedan llevarse a cabo.
- Efectuar el seguimiento del Sistema de Calidad y M.A.
- Autorizar la entrada en vigor de los distintos documentos del Sistema de Calidad y M.A.

#### **DIRECCIÓN MÉDICA**

- Colaborar con el director general en la gestión y consecución de los objetivos.
- Supervisión de todos los temas relativos a servicios médicos y atención al cliente, y sus departamentos implicados.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Relación con las empresas aseguradoras y clientes.
- Realizar las funciones de coordinador de Calidad y M.A. de la organización.

### **JEFES DE SERVICIO (HEMODIALISIS, HEMODINÁMICA, NEUROFISIOLOGÍA, RADIOTERAPIA/RADIOFISICA, MEDICINA NUCLEAR, ONCOLOGIA, RESONANCIA MAGNÉTICA)**

- Organizar los recursos y personal de su departamento.
- Supervisar y orientar a su equipo en el correcto desarrollo de los servicios prestados a los pacientes.
- Atender peticiones y quejas de pacientes y efectuar el seguimiento de su estado, coordinando en su caso con los ordenantes.
- Atención médica y diagnóstico de los pacientes a su cuidado.
- Impulsar y lograr el buen funcionamiento del Sistema de Calidad y M.A. en su departamento, estableciendo los controles precisos.
- Participar activamente en el Comité de Gestión y verificar el correcto desarrollo del Sistema de Calidad y M.A.

### **JEFE DE LABORATORIO**

- Organizar los recursos y personal de su departamento.
- Asignación de las tareas a realizar por cada uno de los componentes del laboratorio.
- Revisar y validar las determinaciones que se realicen en el laboratorio.
- Establecer y seguir las labores de mantenimiento de los equipos de laboratorio, junto a las empresas propietarias y suministradoras de los mismos.
- Impulsar y lograr el buen funcionamiento del Sistema de Calidad y M.A. en su departamento, estableciendo los controles precisos.
- Participar activamente en el Comité de Gestión y verificar el correcto desarrollo del Sistema de Calidad y M.A.

### **JEFE DE FARMACIA**

- Organizar los recursos y personal de su departamento.
- Asignación de las tareas a realizar por cada uno de los componentes de la farmacia.
- Aprovisionar de materiales, productos sanitarios y otros reactivos, cuidando de su correcto estado hasta su dispensación. Asegurar la dispensación de los mismos en perfectas condiciones.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Realizar preparados según fórmulas magistrales, asegurando su correcta preparación.
- Impulsar y lograr el buen funcionamiento del Sistema de Calidad y M.A. en su departamento, estableciendo los controles precisos.
- Participar activamente en el Comité de Gestión y verificar el correcto desarrollo del Sistema de Calidad y M.A.

### **JEFE DE ANATOMIA PATOLOGICA**

- Organizar los recursos y personal de su departamento.
- Asignación de las tareas a realizar por cada uno de los componentes del servicio.
- Revisar y validar los tallados e informes que se realicen en el laboratorio.
- Establecer y seguir las labores de mantenimiento de los equipos de laboratorio, junto a las empresas suministradoras de los mismos.
- Impulsar y lograr el buen funcionamiento del Sistema de Calidad y M.A. en su departamento, estableciendo los controles precisos.
- Participar activamente en el Comité de Gestión y verificar el correcto desarrollo del Sistema de Calidad y M.A.

### **RESPONSABLE DE ESTERILIZACIÓN Y COORDINADORA QUIRÓFANOS**

- Organizar los recursos y personal de su departamento.
- Asignación de las tareas a realizar por cada uno de los componentes del equipo.
- Establecer y seguir las labores de mantenimiento de los equipos de quirófano y esterilización, junto a las empresas suministradoras de los mismos.
- Impulsar y lograr el buen funcionamiento del Sistema de Calidad y M.A. en su departamento, estableciendo los controles precisos.
- Participar activamente en el Comité de Gestión y verificar el correcto desarrollo del Sistema de Calidad y M.A.

### **SUPERVISORA DE HEMODIÁLISIS**

- Organizar los recursos y personal de su departamento.
- Supervisar y orientar a su equipo en el correcto desarrollo de la operativa de hemodiálisis y atención a los pacientes
- Atender peticiones de los pacientes para el logro de su satisfacción.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Aprovisionar de productos al departamento, y cuidar de su correcta gestión y aprovechamiento
- Impulsar y lograr el buen funcionamiento del Sistema de Calidad y M.A. en su departamento, estableciendo los controles precisos.

### **JEFE DE RECEPCIÓN**

- Organizar los recursos y personal de su departamento.
- Supervisar la correcta realización por parte de su equipo de las tareas de recepción, admisión, atención a los clientes, atención telefónica, caja, facturación y cobro.
- Acoger a los clientes en las entradas y salidas, atendiéndoles y orientándose claramente en todo momento a la satisfacción del cliente.
- Atender y gestionar las quejas y reclamaciones que presenten los clientes, asegurando una resolución (por el departamento afectado) de las mismas adecuada y pronta.
- Impulsar y lograr el buen funcionamiento del Sistema de Calidad y M.A. en su departamento, estableciendo los controles precisos.
- Participar activamente en el Comité de Gestión y verificar el correcto desarrollo del Sistema de Calidad y M.A.

### **ATS / DUE / ATL**

- Prestar cuidados de enfermería a los pacientes a su cargo.
- Aplicar las técnicas de servicio y obtención de resultados, de acuerdo a la documentación de calidad establecida para el servicio.
- Tranquilizar al paciente y lograr su confianza y seguridad del mismo.
- Vigilar y resolver los problemas derivados del servicio que puedan surgir y reportarlos adecuadamente.
- Seguir la documentación de Calidad y M.A. establecida y participar activamente en los programas y actividades del Proyecto de Calidad y M.A.

### **RESPONSABLE DE SERVICIOS GENERALES**

- Organizar los recursos y personal de su departamento.
- Supervisar y orientar a su equipo en el correcto desarrollo de la atención a las averías producidas en el servicio y la realización de las labores de mantenimiento cotidiano y verificaciones de correcto funcionamiento.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Atención por parte de su equipo a la adecuada limpieza de las instalaciones del servicio a su cargo.
- Asistir a los contratistas especialistas de oficios en sus labores de mantenimiento específico o nuevas obras de instalaciones o estructuras.
- Atender peticiones y quejas de clientes para el logro de su satisfacción.
- Impulsar y lograr el buen funcionamiento del Sistema de Calidad y M.A. en su departamento, estableciendo los controles precisos.
- Participar activamente en el programa de Calidad y M.A. y verificar el correcto desarrollo del Sistema de Calidad y M.A.

### **COORDINADOR DE CALIDAD Y MA**

- Gestionar la documentación y los registros del Sistema de Calidad y M.A.
- Informar al Comité de Calidad sobre el funcionamiento del Sistema de Calidad y M.A. para que se pueda realizar el seguimiento del sistema.
- Planificar la realización de auditorías internas.
- Seguimiento de la implantación de las acciones correctoras y preventivas.
- Representar a la empresa en los temas relacionados con la Calidad y M.A.

En lo referente a la comunicación en la empresa la Dirección usa diversos métodos para la comunicación interna a las diferentes áreas y a todos los empleados de la organización.

Entre estos métodos hay que destacar las reuniones del Comité de Calidad y M.A., durante las cuales se tratan los diferentes aspectos del funcionamiento operativo, así como las distintas orientaciones y estrategias a desarrollar. Las actas de estas reuniones son repartidas a los asistentes.

También de forma periódica, la Dirección emite circulares a todo el personal, en las que informa de temas de interés, así como establece las guías a seguir en el desarrollo de la actividad.

Finalmente, la empresa cuenta con tableros de anuncios en zonas comunes de sus instalaciones, que permiten transmitir de forma muy visual la información a los empleados.



### **7.10.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN**

La dinámica de la mejora continua implica la revisión periódica y frecuente, en plazos señalados previamente del sistema, la cual debe quedar registrada en los documentos adecuados.

La clínica titular organiza la revisión del sistema con una periodicidad anual. Con independencia de las modificaciones del manual y de los procedimientos realizados y aprobados se realizará auditorías de todos los procesos incluidos en el sistema.

La ejecución de las auditorías se planificará mediante un programa aprobado por la Dirección y se guardará una copia de lo que se redacte.

Todos los registros, resúmenes estadísticos de cumplimiento de requisitos, reclamaciones, sugerencias de los clientes, informes de acciones correctivas, informes de auditorías se introducirán en el sistema informático identificados por una clave especial mediante la cual podrán ser visualizados por todos los empleados.

### **7.10.7 POLÍTICA DE MEDIOAMBIENTE**

Esta empresa está destinada a la prestación de servicios sanitarios, considera el medio ambiente como un elemento social en el que hay que vivir, que debe por tanto ser protegido, siendo consciente de que su actividad de prestación de servicios debe desarrollarse de tal modo que implique la sostenibilidad, la protección y el respeto del mismo. De acuerdo con criterios de desarrollo sostenible, la empresa se compromete a elaborar e implantar un sistema de gestión ambiental que permita:

- Prevenir la contaminación del aire, las aguas y el suelo, así como el aprovechamiento de los recursos disponibles mediante un programa de mejora continua.
- Minimizar la producción de residuos y contribuir a la correcta gestión de los mismos.
- Transmitir a sus empleados, clientes y proveedores la necesidad e importancia de ofrecer actitudes de respeto y protección hacia el mismo.
- Marcar objetivos y metas medioambientales que revisados periódicamente puedan implicar un incremento de la calidad ambiental de nuestra sociedad.
- Orientar la actividad productiva hacia una mejora continua en su comportamiento ambiental.

Todo ello de acuerdo con la legislación vigente, tanto a nivel europeo, como estatal, de la Comunidad Valenciana, local y con otros requisitos que la organización suscriba.

### **7.11 GESTIÓN DE RECURSOS**

En este punto, dedicado a la gestión de recursos, se tratan los temas de la provisión de los recursos, la gestión de los recursos humanos, las infraestructuras y el ambiente de trabajo.

#### **7.11.1 PROVISIÓN DE RECURSOS**

La clínica ha determinado los recursos precisos para lograr el cumplimiento de los requisitos de los clientes, que podemos indicar como la dotación mínima que debe tener cada servicio. Ello se ha relacionado en el Plan de Calidad de Procesos.

La organización cuenta con un sistema informático con capacidad para gestionar las necesidades operativas, con un responsable dedicado exclusivamente a la garantía de su buen funcionamiento, tanto del hardware como del software.

La empresa cuenta con una organización administrativa y de soporte central, que va desde los RRHH, la administración financiera, el aprovisionamiento y la calidad y M.A. Todos estos departamentos están dotados con el personal adecuado y formado para el correcto desempeño de sus actividades.

Para implementar, mantener y mejorar el Sistema de Calidad y M.A., el centro médico se ha dotado de un coordinador de Calidad y M.A., representante de la Dirección, que conjuntamente con ella y los demás componentes del Comité de Gestión se encargan de que el Sistema de Calidad y M.A. sea operacional y continuamente mejorado.

#### **7.11.2 GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS**

La organización ha determinado las distintas competencias y responsabilidades que deben cubrirse por las personas que ocupan los puestos de la organización. Esto ha sido plasmado en las fichas de descripciones de puestos, que se entregan a todos los empleados en el momento de su incorporación al puesto de trabajo, y deben ser rigurosamente cumplidas.

La selección de personal para los puestos de trabajo contempla la adecuación de la persona a estas descripciones, y en especial la experiencia y formación aportada. De todas formas, siempre se tiene un periodo en el que el empleado es adiestrado “on the job” y está bajo la supervisión de otra persona experimentada.

Se disponen de un procedimiento de formación, que regula tanto la decisión de la formación, como la propia impartición formativa, el registro de la formación mediante actas, y la evaluación de la eficacia de la formación impartida, asegurando que la competencia necesaria se ha logrado.

### 7.11.3 INFRAESTRUCTURA

La clínica ha determinado la infraestructura precisa para poder prestar en las mejores condiciones el servicio al cliente.

Esta infraestructura se ha relacionado en el Plan de Calidad de Procesos (cuyo detalle está en los anexos), en el cual puede verse para cada servicio sus necesidades de recursos específicos. El Plan de Calidad de Procesos se revisa anualmente, o antes si fuera preciso.

En cuanto a los sistemas informáticos, la organización cuenta con una red informática que da servicio a todas las instalaciones y Servicios, usando una infraestructura de comunicaciones RDSI, Servidores basados en WINDOWS NT y redes de área local Ethernet 10/100 enlazadas por routers. Está gestionado por el responsable informático de la empresa, de forma que se cubre el espectro de necesidades en los departamentos que lo requieren. Cuenta con aplicaciones comunes de gestión y con aplicaciones específicas para cada uno de los servicios, que gestionan los equipos y las bases de datos del servicio asociadas.

### 7.11.4 AMBIENTE DE TRABAJO

El centro procura la existencia de un ambiente de trabajo adecuado para el mejor desarrollo de las funciones de todo el personal, y que además facilite la atención a sus clientes:

- Áreas luminosas y con colorido suave para el mejor confort y confianza del paciente.
- Existencia de climatización en todas las áreas de servicio al cliente.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Instalaciones y mobiliario seguro, y sometido a las inspecciones reglamentarias pertinentes.
- Limpieza e higiene escrupulosa de todas sus instalaciones, con consignas claras al personal para su respeto.
- Sistema de recogida y gestión de residuos comunes y sanitarios, con el debido tratamiento por la empresa gestora autorizada.
- Existencia de instrucciones de trabajo seguro y equipos EPI para evitar los posibles riesgos que aparezcan en la prestación del servicio, y tendentes a la buena salud de los empleados.
- Sistema de prevención de riesgos laborales, que garantiza la seguridad de los trabajadores y de los clientes.
- Avisos de entrada restringida/aislada en los casos y zonas precisas.
- Equipamiento informático centralizado, con su soporte informático.
- Existencia y cumplimiento riguroso del plan de seguridad radiológica en los servicios afectados.
- Protocolos de actuación definidos en caso de accidente profesional (pinchazos, vacunaciones, etc.).

### **7.12 REALIZACIÓN DEL PRODUCTO**

A continuación se detalla la planificación y los procesos tenidos en cuenta en la realización del producto.

#### **7.12.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO**

La clínica ha analizado, planificado y desarrollado los procesos clave, núcleo de sus actividades: procesos de hemodiálisis, procesos de hemodinámica, procesos de neurofisiología, proceso de admisión, procesos de farmacia, procesos de laboratorio de análisis, proceso de anatomía patológica, esterilización, radioterapia, oncología-hospital de día, medicina nuclear, quirófanos y resonancia magnética.

Estos procesos clave están apoyados por procesos de soporte como: aprovisionamiento, farmacia-preservación de productos, recursos humanos, mantenimiento-servicio técnico y administración.

Los procesos estratégicos considerados son los de Dirección y estrategia, así como el Proceso de Gestión de la Calidad.

Esto se ha reflejado en el Plan de Calidad de los procesos de la organización, donde se contemplan la descripción del proceso clave, los requisitos y objetivos del proceso, los procesos de soporte y apoyo, los documentos aplicables, recursos, actividades de verificación, validación, seguimiento e inspección del servicio, y los registros aplicables.

El documento se revisa con periodicidad anual, a fin de validar su adecuación, y detectar posibles cambios que fueran precisos al mismo. Ello se reflejaría en su caso en los documentos pertinentes del Sistema de Calidad y M.A.

### **7.12.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE**

En cuanto a los procesos relacionados con el cliente se desarrollan a continuación:

#### **7.12.2.1 DETERMINACIÓN DE REQUISITOS**

La empresa ha determinado los requisitos relacionados con el servicio y productos empleados, sean reglamentarios o especificados por el cliente:

- Cumplimiento con los clientes.
- Sujeción a la reglamentación y legislación aplicable. Uso de equipamiento aprobado en el mercado español con marcaje CE y aprobación por la Dirección general de farmacia.
- Uso de productos con registro sanitario.
- Necesidad ineludible de solicitud escrita facultativa.
- Necesidad de contar con el consentimiento informado proporcionado por el paciente en los servicios que así se determine.
- Cumplimiento de la calidad del agua de diálisis, según la Norma UNE- 301-111-90.
- Adecuación de las instalaciones e inspecciones a los reglamentos pertinentes: gestión residuos, locales pública concurrencia, etc.
- Controles propios del carácter radiológico de la instalación de hemodinámica.
- Aplicación de los criterios legales de protección radiológica, así como de los establecidos en los criterios de calidad de instalaciones radiológicas.
- Derivados de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

### **7.12.2.2 REVISIÓN DE REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO**

La clínica tiene establecido un sistema de revisión y aprobación de las peticiones de exploración, tratamiento, análisis o dispensación recibidas para asegurar que los requisitos de los clientes pueden ser satisfechos y en su caso modificados, de modo que el servicio e informe final cumpla con las expectativas (calidad y plazo) definidas por el facultativo responsable de la prescripción.

Este proceso está descrito en distintos procedimientos propios de cada servicio. Se contempla asimismo el tratamiento de modificaciones, bien establecidas por el ordenante o por la empresa, y también el tratamiento de urgencias.

### **7.12.2.3 COMUNICACIONES CON EL CLIENTE**

La comunicación con el cliente es primordial para el centro, realizándose en primera persona a través de recepcionistas, ATS/DUE, ATL, médicos y especialistas de laboratorio, quienes apoyados por el sistema informático de la clínica, atienden e informan a los pacientes, en cuanto a la citación, las precauciones preparatorias a seguir para el correcto desarrollo del estudio, la información sobre la prueba a realizar, así como el plazo estimado para la recogida de resultados o su disponibilidad.

Las comunicaciones con los prescriptores se realizan siempre por escrito, tanto en las peticiones, como en los Informes entregados. En ocasiones de dudas se puede pedir aclaraciones directas por teléfono.

En el procedimiento de quejas y reclamaciones, se referencia el tratamiento de la información del retorno del cliente, expresada en quejas y reclamaciones.

### **7.12.3 DISEÑO Y DESARROLLO**

Este capítulo no es habitual en las actividades de la organización, que realiza de forma regular los servicios establecidos de acuerdo a la buena praxis médica de sus profesionales médico-sanitarios, siguiendo el estado reconocido por las sociedades profesionales médicas españolas e internacionales, no siendo preciso realizar un proceso de diseño y desarrollo de los procesos como tal.

De forma preventiva se ha definido un procedimiento general que regulará el proceso de diseño y desarrollo en el improbable caso de que pudiera producirse.

### 7.12.4 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO

En lo referente a la producción y prestación del servicio se desarrollan los temas relacionados con el control de la producción y la prestación del servicio, su validación, la identificación y trazabilidad, la propiedad del cliente y la preservación del producto.

#### 7.12.4.1 CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El control de los procesos se lleva a cabo mediante una vigilancia en las diversas etapas de los procesos clave, por parte de los profesionales que las llevan a cabo y verificación final de los responsables designados.

Para asegurar que los procesos se desarrollan en condiciones controladas, éstos se encuentran documentados en procedimientos operativos e Instrucciones de trabajo, que describen las actividades comprendidas en los mismos.

Estos procedimientos abarcan la citación y entrada de pacientes, el proceso de diálisis, la medicación de uso hospitalario, la planta de agua, el mantenimiento de equipos e instalaciones, los cateterismos diagnósticos e intervencionistas, los procesos de estudios neurofisiológicos, la admisión de los pacientes, las fases pre analíticas, analítica y post analítica del laboratorio clínico, procesos anatomía patológica, esterilización, los de radioterapia, oncología, medicina nuclear, procesos de preparación y actuaciones quirúrgicas en quirófanos, resonancia magnética, etc.

En estos procedimientos se incluye información sobre los siguientes aspectos:

- Descripción de las fases a realizar en la ejecución del proceso y responsabilidades asociadas.
- Parámetros de proceso y características del producto que deben ser supervisados y controlados, mediante referencia adecuada.
- Equipos de medida y la verificación de los mismos.
- Chequeos y modificaciones a realizar para asegurar que el servicio que se proporciona al cliente es adecuado para el mismo y está de acuerdo a la petición.
- Referencia, en su caso, a las instrucciones de trabajo y fichas técnicas que son de aplicación en cada caso y que describen de manera más detallada cómo deben realizarse determinadas actividades del proceso.

Con el propósito de asegurar la continuidad en el funcionamiento de los equipos e instalaciones en las mejores condiciones de fiabilidad, calidad y costo, todos ellos están sujetos a un sistema de mantenimiento tanto correctivo como preventivo.

#### **7.12.4.2 VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

El centro médico realiza una serie de procesos de valor añadido de servicio al cliente. Estos procesos están sometidos a controles y planificación y dejan registros específicos, que verifican su buen desarrollo.

Este documento es revisado por la Dirección de forma anual, lo cual tiene por efecto la validación de dichos procesos, indicando criterios, calificación del personal, métodos específicos y requisitos de los registros.

#### **7.12.4.3 IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD**

La empresa tiene establecido y mantiene al día un sistema para asegurar la correcta identificación de los productos y actuaciones a lo largo de los procesos.

Los pacientes se identifican por su nombre o número de historia clínica o propio del servicio, según casos. Los monitores están identificados por su número. Asimismo están numerados los puestos de diálisis. También están identificadas las muestras que llegan al laboratorio, así como los informes emitidos por los facultativos.

Los productos consumibles y sistemas tienen la identificación propia del nombre y código de producto y en los sanitarios consta siempre el número de lote en sus etiquetas identificativas, así como la fecha de caducidad donde proceda.

En diversos servicios se registran los lotes y caducidad de los productos empleados durante la realización del servicio, permitiendo así su trazabilidad.

#### **7.12.4.4 PROPIEDAD DEL CLIENTE**

La organización ha identificado varios tipos de propiedad del cliente:

- La medicación hospitalaria que nos proporciona el hospital de referencia.
- Las muestras para el Laboratorio proporcionadas por los pacientes.
- Las pertenencias de los pacientes, que traen al centro y que están bajo su responsabilidad y control.
- Los objetos perdidos por los pacientes.
- Los datos personales de los pacientes.



Se ha desarrollado un procedimiento específico para el tratamiento de la medicación hospitalaria, así como objetos perdidos.

No se ha considerado preciso la reglamentación de las pertenencias de pacientes, por su escasa entidad e incidencia.

### 7.12.4.5 PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO

La preservación de los productos en condiciones para ser utilizados en los procesos se contempla en varios procedimientos e instrucciones de trabajo.

El procedimiento de "Almacenamiento, Manipulación, Embalaje, Conservación y Entrega" para regular todas las actuaciones comprendidas en la actividad del almacén de los servicios, tendentes a garantizar las condiciones de uso de los productos. En los distintos servicios de la clínica se siguen las precauciones documentadas pertinentes, definiendo cuando se precisa stocks mínimos de productos, así como control de las caducidades. Dado que el servicio general de medicamentos y productos sanitarios es centralizado por la farmacia de la clínica, no suele haber problemas de suministro o caducidad.

Dada su especificidad, el laboratorio tiene condiciones específicas de mantenimiento de productos y especialmente muestras y cultivos, todo ello documentado.

La farmacia también cuenta con documentos que regulan los productos especiales que tienen necesidad de controles específicos (estupefacientes, depósitos, etc.)

También las fuentes radioactivas de los departamentos de radioterapia y medicina nuclear están sometidas a controles de almacenamiento específicamente regulados por el CSN.

### 7.12.5 COMPRAS Y PROVEEDORES

El centro médico dispone de procedimientos que regulan las actividades en esta área:

- A fin de garantizar la adecuada comunicación del producto y requisitos precisos al proveedor, se ha decidido que los productos farmacéuticos y sanitarios tengan centralizado el aprovisionamiento por farmacia y que los equipos y servicios sean aprovisionados por el responsable de compras e instalaciones. Los demás fungibles, serán adquiridos directamente por el servicio a los

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

proveedores. Farmacia también efectuará la formulación y preparación de la medicación establecida por el médico especialista en los casos que así se requiera.

- El Laboratorio adquiere también de sus suministradores los diferentes reactivos y materiales.
- Debido al corto plazo de servicio-uso de los radiofármacos precisos para medicina nuclear, estos son adquiridos directamente por el servicio.
- Los productos claves, que se consideran de una influencia importante en la calidad del producto final, disponen de unas especificaciones técnicas, que son conocidas por el responsable del servicio.
- El proceso de compra de la organización está descrito en el procedimiento correspondiente, en el que están establecidas las diferentes responsabilidades del proceso de gestión de compras, seguimiento de los pedidos, modificaciones de los pedidos y recepción de los mismos,
- Los responsables de realizar las compras son también responsables de verificar los productos y servicios comprados.
- Para poder ser proveedor o subcontratista de la empresa es necesario pasar satisfactoriamente una evaluación previa en base a unos criterios definidos.

Una vez evaluado, ya podrá ser seleccionado para suministrar productos y servicios.

Todos los proveedores/subcontratistas son sometidos a un seguimiento continuado para poder supervisar su comportamiento y poder establecer una evaluación periódica.

Los sistemas establecidos para llevar a cabo la evaluación y seguimiento de los proveedores / subcontratistas están descritos en el Procedimiento de "Evaluación de Proveedores" (más detalle en el anexo correspondiente).

- La empresa no ha identificado necesidad alguna de realizar verificaciones de lo comprado en los locales del proveedor. Si este fuera el caso, deberá especificarse previamente en los documentos de compra las disposiciones para la verificación y puesta en circulación del producto.

### 7.13 CLIENTES Y PRODUCTOS

Referente a los clientes y productos y servicios ofertados:

### 7.13.1 CLIENTES

En la actualidad, el reparto de clientes por nacionalidades a los que sirve la clínica es como sigue:

- 40 % clientes nacionales.
- 25 % clientes centroeuropeos.
- 25 % clientes británicos
- 10 % clientes de otras nacionalidades

La empresa aparece en una gran variedad de catálogos turísticos nacionales y extranjeros, teniendo presencia en Internet.

### 7.13.2 PRODUCTOS Y SERVICIOS OFERTADOS

El centro médico ofrece servicios de hospitalización con ubicación en 3 plantas y capacidad de 165 camas, de ellas 15 en la UCI, con la siguiente oferta de servicios:

- Aire acondicionado en habitaciones
- Calefacción
- Televisión color satélite
- Teléfono
- Cuarto de baño
- Servicio de comidas en habitaciones
- Servicio de limpieza
- Servicio de habitaciones

Además, se ofrecen a su clientela los siguientes servicios, de forma ambulatoria en su policlínica o residencial para los pacientes ingresados:

- Servicio de Fisioterapia y Rehabilitación
- Servicio de Laboratorio de análisis clínicos y microbiología
- Servicio de Anatomía Patológica
- Servicio de Urgencias
- Departamento de Ecografía.
- Departamento de Radiología.
- Departamento CAT Helical.
- Departamento de Cardiología
- Departamento Cardiovascular
- Departamento de Cirugía General.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

- Departamento de Cirugía Cardíaca
- Departamento de Cirugía Maxilofacial.
- Departamento de Cirugía ortopédica y Traumatología.
- Departamento de Cirugía Plástica.
- Departamento de Dermatología.
- Departamento de Digestivo.
- Departamento de Ginecología.
- Departamento de Medicina interna.
- Departamento de Neurocirugía.
- Departamento de Neurofisiología.
- Departamento de Neurología.
- Departamento de Oftalmología.
- Departamento de Otorrinonaringología.
- Departamento de Psiquiatría y Psicoterapia.
- Departamento de Urología.
- Departamento de Alergología.
- Departamento de Reumatología.
- Departamento de Oncología.
- Departamento de Nefrología.
- Departamento de Pediatría.
- Departamento Oncología Integral
- 4 Quirófanos
- Servicio de Esterilización
- Farmacia Hospitalaria
- Servicio de Ambulancias
- Servicio de traslado al Aeropuerto
- Servicio de traducciones a clientes extranjeros
- Capilla y servicios religiosos

En adición a lo anterior, el centro efectúa los siguientes procesos de soporte para sus servicios a los clientes:

- Servicio de Recepción
- Servicio de Citación
- Servicio de Admisión
- Servicio de Facturación
- Servicio de Administración.
- Servicios de Mantenimiento y Técnicos.
- Servicio de Cocina (subcontratado)
- Servicio de Lavandería Interna (Subcontratado)

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Servicio de Telefonía y Mensajería

El reconocimiento de su buen funcionamiento se ha hecho a nivel oficial, dado que la clínica es proveedor de la Agencia Valenciana de la Salud mediante conciertos que tiene establecido con la misma para los servicios de: neurofisiología, hemodiálisis, resonancia magnética, oncología integral y otros.

## 8 ANÁLISIS TEÓRICO DEL MODELO EUROPEO DE CALIDAD EFQM

El concepto de Calidad, ha ido evolucionando desde principios del siglo XX, hasta lo que hoy en día conocemos como Calidad Total, es decir, sistema de gestión empresarial enfocado a la satisfacción de los distintos grupos de interés dentro y fuera de una organización, abarcando tanto a los clientes, a los trabajadores, los accionistas y la sociedad en general.

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, se entendía la calidad como “Control de Calidad de Productos”, es decir, el cumplimiento de las especificaciones que se habían establecido a la hora del diseño del mismo. Dicho control se realizaba a través de inspecciones, las cuales se llevaban a cabo una vez terminado el producto y con el tiempo, se fueron realizando durante el proceso de producción.

Tras la II Guerra Mundial, los japoneses fueron los primeros en adoptar los sistemas de calidad, ya que la guerra dejó la economía del país maltrecha, con unos productos poco competitivos a nivel internacional. Gracias a la implantación de dichos sistemas de gestión Japón registró un crecimiento espectacular.

Fue en los años 50, cuando surge el término de “aseguramiento de la calidad” el cual engloba a todas aquellas actividades sistemáticas y que dan la confianza de que un producto o servicio va a satisfacer los requisitos para los que planificado y que se establecieron en dicha planificación. Es en ésta época cuando empieza a hablarse de procedimientos en instrucciones técnicas que engloben las actividades de la empresa, y no sólo el control final de los productos, ya que se empieza a percibir, que para lograr la calidad, no solo hay que controlar lo que se produce, sino involucrar a los suministradores de materias primas y servicios que se incorporan al proceso productivo.

Fue a partir de los años 50, cuando se empieza a hablar del concepto de Calidad Total como un sistema de gestión para satisfacer las necesidades de los clientes, de los trabajadores, de los accionistas y de la sociedad en general, y por lo tanto se trasciende del ámbito de la producción a toda la empresa. En Europa, fue a partir de los años 80 cuando se empieza a dar el impulso definitivo al concepto de Calidad Total.

## 8.1 LOS GRANDES MODELOS DE CALIDAD TOTAL

Existen tres grandes modelos de Calidad Total que se van enriqueciendo año tras año con la aportación de los distintos expertos y son:

MODELO	FECHA DE CREACIÓN	ORGANISMO QUE LO GESTIONA
Deaming	1951	J.U.S.E. (Japón)
Malcom Baldrige	1987	Fundación para el Premio de Calidad Malcom Baldrige (EE.UU.)
E.F.Q.M	1988	European Foundation for Quality Management (Europa)

### 8.1.1 EL MODELO DE DR. W. E. DEMING (MODELO JAPONÉS)

William Edwards Deming era uno de los primeros expertos del control de calidad en los Estados Unidos, por ello en 1950 la Unión Japonesa de Científicos e Ingenieros (J.U.S.E.) invitó a Deming a Tokio para que impartiera charlas sobre control estadístico de procesos.

Durante Junio, Julio y Agosto de ese mismo año Deming formó a cientos de ingenieros, directivos y estudiantes en el control estadístico de los procesos (SPC) y los conceptos de calidad. Sus trabajos fueron copiados y editados pero Deming los derechos y donó el dinero a J.U.S.E. para la creación de un premio para las empresas que demostraran un comportamiento ejemplar en la mejora de la calidad.



“El Premio Deming” se considera hoy en día como el número uno entre los premios de calidad. Y por ello, Deming se ganó el renombre de "El padre de la tercera revolución industrial" para los japoneses.

Las ideas de Deming se recogen en los “Catorce Puntos y Siete Enfermedades de la Gerencia”.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

Los Catorce Puntos son principios fundamentales excepcionales para la gestión y transformación de la eficacia empresarial, con el objetivo de ser competitivo, y son las siguientes:

1. Crear constancia en la mejora de productos y servicios, con el objetivo de ser competitivo y mantenerse en el negocio, además proporcionar puestos de trabajo.
2. Adoptar una nueva filosofía de cooperación en la cual todos se benefician, y ponerla en práctica enseñándola a los empleados, clientes y proveedores.
3. Desistir de la dependencia en la inspección en masa para lograr calidad. En lugar de esto, mejorar el proceso e incluir calidad en el producto desde el comienzo.
4. Terminar con la práctica de comprar a los más bajos precios. En lugar de esto, minimizar el costo total en el largo plazo. Buscar tener un solo proveedor para cada ítem, basándose en una relación de largo plazo de lealtad y confianza.
5. Mejorar constantemente y por siempre los sistemas de producción, servicio y planeamiento de cualquier actividad. Esto va a mejorar la calidad y la productividad, bajando los costos constantemente.
6. Establecer entrenamiento dentro del trabajo (capacitación).
7. Establecer líderes, reconociendo sus diferentes habilidades, capacidades y aspiraciones. El objetivo de la supervisión debería ser ayudar a la gente, máquinas y dispositivos a realizar su trabajo.
8. Eliminar el miedo y construir confianza, de esta manera todos podrán trabajar más eficientemente.
9. Borrar las barreras entre los departamentos. Abolir la competición y construir un sistema de cooperación basado en el mutuo beneficio que abarque toda la organización.
10. Eliminar eslóganes, exhortaciones y metas pidiendo cero defectos o nuevos niveles de productividad. Estas exhortaciones solo crean relaciones de rivalidad, la principal causa de la baja calidad y la baja productividad reside en el sistema y este va más allá del poder de la fuerza de trabajo.
11. Eliminar cuotas numéricas y la gestión por objetivos.
12. Remover barreras para apreciar la mano de obra y los elementos que privan a la gente de la alegría en su trabajo. Esto incluye eliminar las evaluaciones anuales o el sistema de méritos que da rangos a la gente y crean competición y conflictos.
13. Instituir un programa vigoroso de educación y auto mejora.
14. Poner a todos en la compañía a trabajar para llevar a cabo la transformación. La transformación es trabajo de todos.



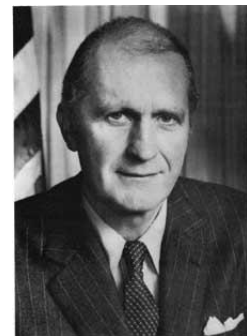
Por otro lado, las Siete Enfermedades de la Gerencia son actuaciones muy frecuentes pero inadecuadas llevadas a cabo por la misma:

1. Falta de constancia en los propósitos
2. Énfasis en las ganancias a corto plazo y los dividendos inmediatos
3. Evaluación por rendimiento, clasificación de méritos o revisión anual de resultados
4. Movilidad de los ejecutivos
5. Gerencia de la compañía basándose solamente en las cifras visibles
6. Costos médicos excesivos.
7. Costo excesivo de garantías

### 8.1.2 EL MODELO DE MALCOLM BALDRIGE (MODELO AMERICANO)

Malcolm Baldrige fue elegido Secretario de Comercio por el Presidente Ronald Reagan en 1980. Durante su mandato jugó un papel importante en el desarrollo e implementación de políticas de comercio, fue nombrado por el Presidente para presidir una Comisión en el Gabinete que buscara las prácticas injustas en el comercio y recomendara las formas de terminas con ellas. Dentro del Departamento de Comercio, Baldrige redujo el presupuesto en más del 30% y el personal administrativo en un 25%.

A su muerte, se aprobó la “Ley Nacional de la Calidad de Malcom Baldrige” que a través de la Fundación para la Concesión Nacional de la Calidad de Malcom Baldrige, establecida en 1988, concede los premios nacionales de Calidad a empresas americanas.



Los principios del Premio Nacional de Calidad de Malcom Baldrige son los siguientes:

- Mejorar la competitividad de las empresas americanas, que estaban perdiendo cuota de mercado, a través de principios de calidad.
- Mentalizar a las empresas americanas, que los costes de no calidad pueden llegar a suponer el 20% de los beneficios de las empresas, y que la calidad mejora la productividad, disminuye los costes y, por tanto, aumenta los beneficios.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

- La excelencia como forma de gobierno de las empresas a fin contribuir de forma fundamental al bienestar de la Nación al poder competir con eficacia en el mercado global.
- La implicación de toda la organización para poder alcanzar la eficacia y la eficiencia.
- La aplicación de todos estos principios, tanto a las pequeñas y medianas empresas, como a las grandes empresas, ya sean del sector público o privado.
- El enfoque hacia el cliente y sus necesidades.

Los tres modelos establecen directrices y criterios que pueden ser utilizados por las empresas, industrias, administraciones públicas y otras organizaciones para evaluar sus propios esfuerzos en la mejora de la calidad. La diferencia fundamental del modelo EFQM con respecto a los otros modelos, está en que dicho modelo se enfoca fundamentalmente en los agentes, con la finalidad de buscar el aseguramiento de los resultados a medio y largo plazo, mientras que los otros buscan aspectos que lleven a resultados más a corto plazo y respuestas más rápidas del mercado.

### 8.2 EL MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA EMPRESARIAL

La Fundación Europea para la Gestión de Calidad (European Foundation for Quality Management) fue creada en 1988 por 14 organizaciones europeas, su objetivo es impulsar la mejora de la calidad de las empresas en Europa. En 1992 lanzó el Modelo Europeo de Gestión de Calidad, conocido internacionalmente como el Modelo EFQM de Excelencia, que ha ido evolucionando desde su primera aparición.

El Modelo EFQM de Excelencia es un marco de trabajo no-prescriptivo que reconoce que la excelencia de una organización se puede lograr de manera sostenida mediante distintos enfoques. Los Conceptos Fundamentales de la Excelencia resultan aplicables a organizaciones de todo tipo, independientemente de su sector o tamaño, y constituyen la base del Modelo EFQM de Excelencia.

El Modelo es al mismo tiempo un instrumento de autoevaluación y de gestión. Sirve tanto para conocer en qué posición se encuentra una organización, como para orientar su gestión de acuerdo con los principios de la gestión de calidad. Así, al Modelo lo constituyen dos aspectos: diagnóstico de la situación y mejora.

El Modelo, que reconoce que la excelencia en todo lo referente a resultados y rendimiento de una organización se puede lograr de manera sostenida mediante distintos enfoques, se fundamenta en que:

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

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

Figura 7: Esquema básico del Modelo EFQM de Excelencia



Fuente: Fundación Europea para la Gestión de Calidad

Las flechas subrayan la naturaleza dinámica del Modelo, mostrando que la innovación y el aprendizaje potencian la labor de los agentes facilitadores dando lugar a una mejora de los resultados.

Las definiciones de los nueve criterios y sus subcriterios se exponen en los siguientes apartados. Por motivos de conveniencia, se agrupan los criterios en dos categorías: Agentes Facilitados y Resultados. Los criterios del grupo de Agentes Facilitadores analizan cómo realiza la organización las actividades clave; los criterios del grupo de Resultados se ocupan de los que se están alcanzando.

En los fundamentos del Modelo se encuentra un esquema lógico denominado REDER, y que está integrado por cuatro elementos: Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión.

Los elementos de Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión deben abordarse en cada subcriterio del grupo 'Agentes Facilitadores', y el elemento Resultados debe abordarse en cada subcriterio del grupo 'Resultados'.

## 8.3 CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA EXCELENCIA

Los conceptos fundamentales en la Excelencia se exponen a continuación:

### 8.3.1 ORIENTACIÓN HACIA LOS RESULTADOS

**Concepto:** 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).

**Cómo se pone en práctica este Concepto:** En el entorno rápidamente cambiante que caracteriza al mundo actual, las organizaciones excelentes son ágiles, flexibles y capaces de responder a los cambios, a menudo rápidos y frecuentes, de las necesidades y expectativas de sus grupos de interés. Las organizaciones excelentes miden y anticipan las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, dan seguimiento a sus experiencias y percepciones y supervisan y analizan el comportamiento de otras organizaciones. Asimismo recogen información de grupos de interés actuales y futuros, utilizándola para establecer, implantar y revisar sus políticas, estrategias, objetivos, medidas y planes a corte, medio y largo plazo. La información recogida les ayuda también a desarrollar y alcanzar un conjunto equilibrado de resultados para los grupos de interés.

### 8.3.2 ORIENTACIÓN AL CLIENTE

**Concepto:** El cliente es el árbitro final de la calidad del producto y del servicio, así como de su fidelidad. El mejor modo de optimizar la fidelidad y retención del cliente y el incremento de la cuota de mercado es mediante una orientación clara hacia las necesidades de los clientes actuales y potenciales.

**Cómo se pone en práctica este Concepto:** Las organizaciones excelentes conocen y comprenden profundamente a sus clientes. Están convencidas de que el cliente es el árbitro final de la calidad del producto y del servicio; así como de que la mejor manera de lograr mayores cotas de fidelidad y retención de clientes e incrementar su cuota de mercado es mediante una orientación clara hacia las necesidades y expectativas de los clientes actuales y potenciales. Estas organizaciones responden a las necesidades y expectativas que sus clientes tienen en cada momento, y, cuando resulta conveniente, segmentan a sus clientes para mejorar la eficacia de su respuesta. Las organizaciones

excelentes dan seguimiento a las actividades de sus competidores y entienden cuál es su ventaja competitiva; anticipan de manera eficaz cuáles serán las necesidades y expectativas de sus clientes y actúan en el presente para satisfacerlas y, si es posible, excederlas; dan seguimiento y analizan las experiencias y percepciones de sus clientes y, cuando algo va mal, responden con rapidez y de forma eficaz. Asimismo, establecen y mantienen excelentes relaciones con todos sus clientes.

### 8.3.3 LIDERAZGO Y CONSTANCIA EN LOS OBJETIVOS

**Concepto:** 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.

**Cómo se pone en práctica este Concepto:** Las organizaciones excelentes cuentan con líderes que establecen y comunican una Dirección clara a su organización y que, al hacerlo, unen y motivan a los demás líderes para que con su comportamiento sirvan de fuente de inspiración a sus colaboradores. Los líderes establecen valores y principios éticos y desarrollan una cultura y un sistema de gobierno de la organización que ofrece a sus grupos de interés una identidad y un atractivo únicos. Todos los líderes de estas organizaciones, sea cual sea su nivel en la misma, motivan y estimulan de manera continua a sus colaboradores hacia la excelencia y, al hacerlo, sirven de modelo de referencia para los demás en cuanto a comportamiento y rendimiento. Lideran mediante el ejemplo, dando reconocimiento a los diferentes grupos de interés y trabajando en ellos en actividades conjuntas de mejora. En momentos difíciles muestran una coherencia y firmeza que inspira confianza y compromiso a los grupos de interés. Al mismo tiempo, demuestran capacidad para adaptar y reorientar la Dirección de su organización en función de un entorno externo que se mueve con rapidez y cambia constantemente, logrando arrastrar tras ellos al resto de las personas.

### 8.3.4 GESTIÓN POR PROCESOS Y HECHOS

**Concepto:** Las organizaciones actúan de manera más efectiva cuando todas sus actividades interrelacionadas ser comprenden y gestionan de manera sistemática, y las decisiones relativas a las operaciones en vigor y las mejoras planificadas se adoptan a

partir de información fiable que incluye las percepciones de todos sus grupos de interés.

**Cómo se pone en práctica este Concepto:** Las organizaciones excelentes cuentan con un sistema de gestión eficaz y eficiente basado en las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés y diseñado para satisfacerlas. Un conjunto de procesos claro e integrado hace posible y garantiza la implantación sistemática de las políticas, estrategias, objetivos y planes de la organización. Estos procesos se despliegan, gestionan y mejoran de forma eficaz en las actividades diarias de la organización. Las decisiones se basan en una información fiable y basada en datos de los resultados actuales y previstos, de la capacidad de los procesos y sistemas, las necesidades, expectativas y experiencias de los grupos de interés, y el rendimiento de otras organizaciones, incluido, cuando así conviene, el de la competencia. Se identifican los riesgos a partir de medidas de rendimiento sólidas, gestionándose de manera eficaz. La organización está gobernada con gran profesionalidad y alcanza y excede todos los requisitos que desde el exterior se le exigen. Se identifican e implantan las medidas preventivas adecuadas, inspirando y manteniendo altos niveles de confianza en los grupos de interés.

### 8.3.5 DESARROLLO E IMPLICACIÓN DE LAS PERSONAS

**Concepto:** 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.

**Cómo se pone en práctica este Concepto:** Las organizaciones excelentes identifican y comprenden las competencias necesarias para implantar sus políticas, estrategias, objetivos y planes, tanto en la actualidad como en el futuro. Para alcanzar dichas competencias, contratan y desarrollan profesionalmente a las personas brindándoles en todo momento un apoyo activo y positivo. Las organizaciones excelentes fomentan y apoyan el desarrollo personal, permitiendo a las personas hacer realidad y desarrollar su pleno potencial. Así, preparan a las personas para superar y adaptarse a cualquier cambio, ya sea de tipo operativo o que requiera nuevas capacidades personales. Las organizaciones excelentes reconocen la importancia creciente del capital intelectual de quienes las integran y utilizan su conocimiento en beneficio de toda la organización. Se esfuerzan por atender, recompensar y dar reconocimiento a las personas de modo que se incremente su compromiso y fidelidad a la organización. Asimismo, maximizan la implicación potencial y activa de las personas mediante valores compartidos y una cultura de confianza, transparencia, y delegación y asunción

de responsabilidades. Las organizaciones excelentes aprovechan la implicación de las personas para generar e implantar ideas de mejora.

### 8.3.6 APRENDIZAJE, INNOVACIÓN Y MEJORA CONTINUOS

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

**Cómo se pone en práctica este Concepto:** Las organizaciones excelentes aprenden continuamente tanto en sus actividades y resultados, como las actividades y resultados de los demás. Asimismo, practican un benchmarking riguroso, interno y externo, y recogen y comparten el conocimiento de las personas que las integran para maximizar el aprendizaje en toda la organización. Tienen una mentalidad abierta para aceptar y utilizar las ideas de todos los grupos de interés. Animam a las personas a ver más allá del día a día y de las capacidades actuales. Guardan celosamente su propiedad intelectual y la aprovechan para obtener beneficios comerciales cuando resulta conveniente. Las personas que las integran desafían constantemente el *status quo* y buscan oportunidades de innovación y mejora continuas que añadan valor.

### 8.3.7 DESARROLLO DE ALIANZAS

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

**Cómo se pone en práctica este Concepto:** Las organizaciones excelentes reconocen que el mundo de hoy, cada vez más exigente y en cambio continuo, el éxito puede depender de las alianzas que establezcan. Así, buscan establecer y desarrollan alianzas con otras organizaciones. Estas alianzas, que les permiten dar un mayor valor a sus grupos de interés optimizando las competencias clave, pueden establecerse con clientes, sociedad, proveedores e incluso competidores, y se basan en un beneficio mutuo claramente identificado. Los partners trabajan juntos para alcanzar objetivos comunes, apoyándose unos a otros con su experiencia, recursos, conocimientos, y construyendo una relación duradera basada en la confianza mutua, el respeto y la transparencia.

### 8.3.8 RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA ORGANIZACIÓN

**Concepto:** 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.

**Cómo se pone en práctica este Concepto:** Las organizaciones excelentes adoptan un estricto enfoque ético siendo transparentes y dando cuenta a sus grupos de interés, de su rendimiento como organización responsable. Tienen muy presente, y fomentan activamente, la responsabilidad social y la defensa del medioambiente tanto del hoy como del mañana. La responsabilidad social de la organización está definida en sus valores e integrada en la organización. Mediante un compromiso público y transparente, que contempla a todos los grupos de interés, estas organizaciones satisfacen y exceden las expectativas, normativas y leyes de ámbito local y, cuando resulta adecuado, mundial. Además de gestionar los riesgos, buscan y fomentan las oportunidades de colaborar con la sociedad en proyectos mutuamente beneficiosos, fomentando y manteniendo un alto nivel de confianza en ellas por parte de sus grupos de interés. Son conscientes de su impacto en la comunidad actual y futura y se preocupan por reducir al mínimo cualquier impacto adverso.

### 8.3.9 GRUPOS DE INTERÉS

TIPOS DE GRUPOS DE INTERÉS	DENOMINACIÓN	CARACTERÍSTICAS
INTERNOS	Accionistas/ Propietarios	Poseen participaciones en la propiedad de la empresa: accionistas dominantes y minoritarios, individuales e institucionales. Incluye empleados accionistas. Los accionistas que buscan rentabilidad a corto plazo son considerados grupo de interés externo.
	Empleados	Realizan su trabajo dentro de la entidad, con contrato laboral o profesional y reciben una retribución dineraria o en especie: directivos y no directivos. Incluye trabajadores empleados por medio de empresas intermediarias. Representación frecuente a través de sindicatos.
EXTERNOS	Clientes	Consumidores o usuarios de productos y servicios. Grupo hacia el que se orienta la explotación del negocio.
	Proveedores	Aportan trabajos, productos y servicios sin



## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

		pertenecer a la empresa, en ocasiones de manera exclusiva. Incluye trabajadores o profesionales que facturan sus servicios, al no estar ligados por medio de contrato laboral.
	Competidores	Empresas del mismo sector que ofrecen productos o servicios similares a los producidos por otra empresa. Alianzas de competidores.
	Agentes Sociales	Grupos de interés públicos que pueden influir de manera determinante en la gestión de la empresa: sindicatos de trabajadores, asociaciones de consumidores, organizaciones empresariales, etc. Grupos de opinión: medios de comunicación, analistas, ONGs, mercados de valores.
	Administraciones Públicas	Poderes públicos de la Unión Europea, el Estado, las Comunidades Autónomas y las Administraciones locales con potestad para configurar el marco jurídico en el que las organizaciones deben desarrollar sus actividades.
	Comunidad Local	Conjunto de entidades de iniciativa pública o privada del entorno local de la empresa: Iglesia, asociaciones vecinales y de otros tipos como fundaciones y partidos políticos.
	Sociedad y público en general	Personas, organizaciones y consumidores en general, que aun no teniendo en general una relación directa con la organización, pueden influir en ella.
	Medioambiente y generaciones futuras	Entorno físico natural incluido el aire, el agua, la tierra, la flora, la fauna, los recursos no renovables, así como el patrimonio cultural y artístico. Relación con el concepto de legado de generaciones futuras, considerando a éstas como un grupo de interés.

### 8.4 DESCRIPCIÓN DEL MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA EMPRESARIAL (VERSIÓN 2003)

A continuación se describen los 9 criterios del Modelo Europeo de Excelencia Empresarial que son : Liderazgo, Política y Estrategia, Personas, Alianzas y Recursos, Procesos, Resultados en los Clientes, Resultados en las Personas, Resultados en la Sociedad y Resultados Clave.

## 8.4.1 LIDERAZGO

### 8.4.1.1 DESCRIPCIÓN

Los líderes de la organización deben, mediante sus acciones y comportamientos, desarrollar y facilitar la consecución de la misión y la visión de la empresa, desarrollar los valores y los sistemas necesarios para que la organización alcance los objetivos planificados de manera sostenible.

### 8.4.1.2 OBJETIVOS

Evaluar la forma en que el equipo directivo desarrolla y facilita que se alcance la misión y la visión, desarrolla los valores necesarios para el éxito a largo plazo, los materializa mediante acciones y comportamientos adecuados, y se compromete personalmente en asegurar que el sistema de gestión de la organización se desarrolla y se pone en práctica.

### 8.4.1.3 EJEMPLOS

- Los directivos establecen valores y expectativas claros para la organización.
- Los directivos actúan como modelos de los valores y expectativas.
- Los directivos se implican activamente en la definición y desarrollo del sistema de gestión de la organización y su mejora continua.
- Enfoque hacia los clientes, proveedores y partners por parte de los directivos.
- Los directivos dan y reciben formación.
- Los directivos están claramente comprometidos en la mejora de la satisfacción de los empleados.
- Los directivos son accesibles y escuchan y responden a todos los miembros de la organización.
- Los directivos participan activamente en la promoción y difusión de la cultura de excelencia empresarial en la comunidad. Los líderes participan activamente en la promoción y difusión de la cultura de excelencia empresarial en la comunidad.
- Los líderes definen e impulsan los cambios necesarios en la Organización.

#### 8.4.1.4 SUBCRITERIOS Y DETALLES

**1a. Los líderes de la organización desarrollan la misión, visión y valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia de una cultura de excelencia.**

- Desarrollar la misión y visión.
- Desarrollar, actuando como modelo de referencia, los principios éticos y valores que fundamentan la creación de la cultura de la organización.
- Revisar y mejorar la efectividad de su propio liderazgo, tomando medidas en función de las necesidades futuras que se planteen en asuntos de liderazgo.
- Implicarse activa y personalmente en las actividades de mejora.
- Animar, apoyar y emprender acciones a partir de lo averiguado como consecuencia de las actividades de aprendizaje.
- Establecer prioridades entre las actividades de mejora.
- Estimular y fomentar la colaboración dentro de la organización.

**1b. Los líderes de la organización se implican personalmente para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización.**

- Adecuar la estructura de la organización para apoyar la implantación de su política y estrategia.
- Asegurar que se desarrolla e implanta un sistema de gestión de procesos.
- Establecer claramente la propiedad de los procesos.
- Asegurar que se desarrolla e implanta un proceso que permita el desarrollo, despliegue y actualización de la política y estrategia.
- Asegurar que se desarrolla un proceso que permita el gobierno eficaz de la organización.
- Asegurar que se desarrolla e implanta un proceso que permita medir, revisar y mejorar los resultados clave.
- Asegurar que se desarrolla e implanta un proceso, o procesos, que permita estimular, identificar, planificar e implantar mejoras en los enfoques de los agentes facilitadores, por ejemplo, mediante la creatividad, la innovación y las actividades de aprendizaje.

**1c. Los líderes de la organización interactúan con los clientes, partners y representantes de la sociedad.**

- Satisfacer, comprender y dar respuesta a las necesidades y expectativas.
- Establecer y participar en alianzas.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Establecer y participar en actividades de mejora conjunta.
- Dar reconocimiento a personas o equipos de los grupos de interés, por su contribución a los resultados de la organización, por su fidelidad, etc.
- Participar en asociaciones profesionales, conferencias y seminarios, fomentando y apoyando, en particular, la excelencia.
- Apoyar y participar en actividades dirigidas a mejorar el medio ambiente y la contribución de la organización a la sociedad.

### **1d. Los líderes de la organización refuerzan una cultura de excelencia entre las personas de la organización.**

- Comunicar personalmente la misión, visión, valores, política y estrategia, planes, objetivos y metas de la organización.
- Ser accesible, escuchar de manera activa, ser fuente de inspiración y cohesión, y responder a las personas que integran la organización.
- Ayudar y apoyar a las personas a realizar sus planes, objetivos y metas.
- Motivar y permitir a las personas participar en actividades de mejora.
- Dar reconocimiento oportuno y adecuadamente a los esfuerzos de personas y equipos, de todos los niveles de la organización.
- Fomentar y animar la igualdad de oportunidades y la diversidad.

### **1e. Los líderes definen e impulsan el cambio en la organización.**

- Comprender los fenómenos internos y externos que impulsan el cambio en la organización.
- Identificar y seleccionar los cambios que son necesario introducir en la organización, en el modelo de la organización y en sus relaciones externas.
- Liderar el desarrollo de los planes de cambio.
- Garantizar la inversión, los recursos y el apoyo necesario para el cambio
- Gestionar la implantación y los riesgos del conjunto de los programas de cambio.
- Comunicar los cambios y la razón de los mismos a las personas de la organización y otros grupos de interés.
- Apoyar y permitir a las personas gestionar el cambio.
- Medir y revisar la eficacia de los cambios y compartir los conocimientos obtenidos.

### 8.4.2 POLÍTICA Y ESTRATEGIA

#### 8.4.2.1 DESCRIPCIÓN

Las organizaciones excelentes implantan su misión, visión desarrollando una estrategia centrada en los grupos de interés y en la que se tiene en cuenta el mercado y sector donde operan. Estas organizaciones desarrollan y despliegan políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.

#### 8.4.2.2 OBJETIVOS

Evaluar cómo implanta la organización su misión y visión desarrollando una estrategia centrada en sus grupos de interés y en la que se tiene en cuenta el mercado y sector en el que opera la empresa. Como la organización desarrolla y despliega sus políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.

#### 8.4.2.3 EJEMPLOS

- Los valores y la visión están basados en los principios de Calidad Total.
- La planificación de calidad está integrada con la planificación del negocio.
- Para establecer y revisar la política y estrategia se tiene en cuenta la información procedente de todos los grupos de interés, tales como clientes, proveedores, partners y personal de la organización.
- Para establecer y revisar la política y estrategia se tiene en cuenta la información procedente del análisis del mercado, la tecnología, los competidores y el entorno.
- Existe un cauce de comunicación en ambos sentidos, y se utiliza para la difusión de la política y estrategia y la evaluación de la sensibilidad de la organización hacia ellas.
- La organización efectúa un despliegue de su política y estrategia por medio de un esquema de procesos clave.
- Los objetivos críticos están ligados a la satisfacción de los clientes.
- Los objetivos están desplegados en toda la organización.

- Para fijar los objetivos se tienen en cuenta las mejores prácticas y los niveles alcanzados por las organizaciones líderes.
- Los objetivos individuales y de equipo están alineados con los de la organización.

### 8.4.2.4 SUBCRITERIOS Y DETALLES

#### **2a. Cómo la organización despliega una política y unas estrategias basadas en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés**

- Efectuar la recogida y análisis de la información para ayudar a definir el mercado y el segmento del mercado en el que opera la organización tanto en la actualidad como en el futuro.
- Comprender y anticipar las necesidades y expectativas de los clientes, empleados, partners, accionistas y de la sociedad en general, según convenga.
- Comprender y anticipar los avances que se producen en el entorno, incluidas las actividades de la competencia.

#### **2b. Cómo la política y la estrategia desplegada por la organización se basa en la información de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas.**

- Analizar la información que se desprende de los indicadores internos de rendimiento.
- Analizar la información que se desprende de las actividades de aprendizaje.
- Analizar los datos sobre la imagen externa y conocimiento de marca.
- Analizar el rendimiento de la competencia y de las organizaciones consideradas como las mejores.
- Analizar los datos relativos a las competencias fundamentales de los partners actuales/potenciales.
- Analizar datos sociales, medioambientales, de seguridad y legales, a corto y largo plazo.
- Analizar los datos de efectos de los productos y servicios a lo largo de su ciclo de vida.
- Identificar y comprender los indicadores económicos y demográficos.
- Analizar los datos para determinar el impacto de las nuevas tecnologías y modelos de gestión sobre el rendimiento de la organización.

**2c. Cómo la organización desarrolla, revisa y actualiza su política y estrategia.**

- Desarrollar, revisar y actualizar la política y estrategia de manera coherente con la misión, visión y valores de la organización.
- Equilibrar las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés a corto y largo plazo.
- Evaluar riesgos estratégicos e identificar modos de abordarlos.
- Identificar las ventajas competitivas actuales y futuras.
- Identificar las capacidades y necesidades fundamentales para que las alianzas hagan realidad la política y estrategia.
- Reforzar la presencia ante los clientes actuales o analizar los requisitos para cambiar o abrir nuevos segmentos de clientes.
- Alinear la política y estrategia de la organización con la de sus partners y alianzas.
- Identificar los factores críticos de éxito.
- Adecuar y desarrollar de manera continua estándares sociales y medioambientales con los partners.
- Evaluar la importancia y eficacia de la política y estrategia.

**2d. Cómo la organización, mediante un esquema de procesos clave comunica y despliega su política y estrategia.**

- Identificar, diseñar y comunicar el esquema general de procesos clave necesario para hacer realidad la política y estrategia de la organización.
- Comunicar la política y estrategia a los grupos de interés y evaluar su grado de sensibilización.
- Alinear, establecer prioridades, acordar, desplegar en cascada y comunicar los planes, objetivos y metas; así como dar seguimiento a los resultados que se vayan alcanzando.
- Establecer sistemas de información y seguimiento en toda la organización para analizar el progreso alcanzado.

### 8.4.3 PERSONAS

#### 8.4.3.1. DESCRIPCIÓN

Las organizaciones excelentes gestionan, desarrollan y hacen que aflore todo el potencial de las personas que las integran, tanto a nivel individual como de equipos o de la organización en su conjunto. Fomentan la justicia e igualdad e implican y facultan a las personas. Se preocupan, comunican, recompensan y dan reconocimiento a las personas para, de este modo, motivarlas e incrementar su compromiso con la organización logrando que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.

#### 8.4.3.2. OBJETIVOS

Analizar cómo gestiona y desarrolla la organización los conocimientos de las personas que la constituyen y libera todo su potencial, tanto individualmente como en equipo y en el conjunto de la organización. Y cómo planifica estas actividades en apoyo de su política y su estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.

#### 8.4.3.3. EJEMPLOS

- Planes del personal coherentes con los Planes Estratégicos (selección, contratación, promoción interna, formación, movilidad, etc.)
- Utilización del concepto de cliente interno.
- Programas amplios de formación y adiestramiento cuya efectividad y relevancia se revisan continuamente.
- Fomento de la involucración a través de la transferencia de autoridad al personal y de la flexibilidad de tareas.
- Evaluación continua de la eficacia y rendimiento de todo el personal, acordando y revisando objetivos.
- Reconocimiento de individuos y equipos.
- Atención a las circunstancias personales, familiares o de salud.



#### 8.4.3.4. SUCRITERIOS Y DETALLES

##### **3a. Cómo la organización realiza la planificación, gestión y mejora de sus recursos humanos.**

- Desarrollar las políticas, estrategias y planes de RRHH.
- Implicar a las personas de la organización y sus representantes en el desarrollo de los planes.
- Alinear los planes de recursos humanos con la política y estrategia, la estructura de la organización y el esquema general de procesos clave.
- Gestionar la selección de nuevas personas, desarrollo profesional y planes de sucesión.
- Fomentar y garantizar la equidad en todo lo relacionado con el empleo, incluidas políticas, estrategias y planes de igualdad de oportunidades.
- Utilizar las encuestas de personal y cualquier tipo de información procedente de los empleados para mejorar las políticas, estrategias y planes de recursos humanos.
- Utilizar metodologías organizativas innovadoras para mejorar la forma de trabajar, por ejemplo, reestructurando la cadena logística, trabajando en equipos flexibles.

##### **3b. Cómo se realiza la identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización.**

- Identificar, clasificar y adecuar el conocimiento y las competencias de las personas a las necesidades de la organización.
- Desarrollar y utilizar planes de formación y desarrollo que contribuyan a garantizar que las personas de la organización se ajustan a las capacidades actuales y futuras de la organización.
- Desarrollar, apoyar con tutores y formar a las personas para que alcancen su potencial.
- Diseñar y fomentar oportunidades de aprendizaje a nivel individual y de equipo.
- Desarrollar la capacidad de las personas a través del trabajo en la organización.
- Desarrollar la capacidad de trabajar en equipo.
- Alinear los objetivos individuales y de equipo con los de la organización.
- Revisar y actualizar los objetivos individuales y de equipo.
- Evaluar el rendimiento de las personas y ayudar a mejorarlo.

**3c. La necesidad de la implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización.**

- Fomentar y apoyar la participación en las actividades de mejora.
- Fomentar y apoyar la implicación de las personas mediante conferencias y actos celebrados dentro de la organización.
- Proporcionar oportunidades que estimulen la implicación y respalden un comportamiento innovador y creativo.
- Formar a los directivos para que desarrollen directrices que faculten a las personas de la organización para actuar con independencia.
- Animar a las personas de la organización a trabajar en equipo.

**3d. La necesidad de la existencia de un diálogo entre personas y la organización.**

- Identificar las necesidades de comunicación.
- Desarrollar políticas, estrategias y planes de comunicación basados en las necesidades de comunicación.
- Desarrollar y utilizar canales de comunicación verticales (en ambos sentidos) y horizontales.
- Identificar oportunidades para compartir las mejoras prácticas y el conocimiento.

**3e. La necesidad de la existencia de recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización.**

- Alinear los temas de remuneración, traslados, despidos y otros asuntos laborales con la política y estrategia de la organización.
- Dar reconocimiento a las personas con el fin de mantener su nivel de implicación y asunción de responsabilidades.
- Fomentar la concienciación e implicación en temas de higiene, seguridad, medioambiente y responsabilidad social.
- Establecer los diferentes niveles de beneficios sociales, por ejemplo, planes de pensiones, asistencia sanitaria, guarderías, etc.
- Reconocer y tener en cuenta la diversidad y los distintos entornos culturales de procedencia fomentando actividades sociales y culturales.
- Proporcionar recursos y servicios que satisfagan los mínimos legales y, en algunos casos, excedan estos requisitos.

## 8.4.4 ALIANZAS Y RECURSOS

### 8.4.4.1 DESCRIPCIÓN

Las organizaciones excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, sus proveedores y recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Durante la planificación, y al tiempo que se gestionan sus alianzas y recursos, establecen un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización, la comunidad y el medio ambiente.

### 8.4.4.2 OBJETIVOS

Analizar cómo planifica y gestiona la organización sus colaboradores externos y sus recursos internos para apoyar su política y su estrategia, y el funcionamiento eficaz de sus procesos.

### 8.4.4.3 EJEMPLOS

- Existencia de alianzas estratégicas con clientes y proveedores clave.
- Desarrollo y madurez de la cultura de alianzas y creación de valor a través de la colaboración y aprovechamiento de sinergias.
- Los recursos están diseñados y dimensionados para dar apoyo al desarrollo de la política y estrategia.
- Los riesgos económicos y financieros son adecuadamente gestionados, tanto a corto como a largo plazo.
- Los recursos dan soporte a los procesos críticos.
- Se realizan provisiones periódicas de la efectividad.
- Sistemas de gestión integrados en las operaciones.
- Innovación tecnológica.
- Protección y explotación del conocimiento interno de la organización.

#### 8.4.4.4 SUBCRITERIOS Y DETALLES

##### 4a. Cómo la organización gestiona sus alianzas externas.

- Identificar las oportunidades para establecer alianzas clave con otras organizaciones y con la comunidad de acuerdo con la política y estrategia y la misión de la organización.
- Estructurar las relaciones con los partners para crear valor y maximizarlo.
- Establecer alianzas en la cadena logística que añadan valor para los clientes.
- Identificar competencias clave de los partners y aprovecharlas para apoyar el desarrollo mutuo.
- Asegurar que la cultura de la organización con la que se establece una alianza es compatible con la propia, y que se comparte el conocimiento de ambas.
- Generar y apoyar una filosofía innovadora y creativa mediante el uso de alianzas.
- Suscitar sinergias trabajando juntos para mejorar procesos y añadir valor a la cadena cliente/proveedor.

##### 4b. Cómo la organización gestiona sus recursos económicos y financieros.

- Desarrollar e implantar estrategias y procesos económicos y financieros para utilizar los recursos económicos y financieros en apoyo a la política y estrategia.
- Diseñar la planificación económica y financiera y sus informes para desplegar en cascada las expectativas financieras de los grupos de interés a lo largo de la organización
- Establecer los sistemas adecuados de informes.
- Evaluar las inversiones y desinversiones en activos tangibles e intangibles.
- Emplear mecanismos y parámetros económicos y financieros para garantizar una estructura de recursos eficaz y eficiente.
- Desarrollar e introducir metodologías que permitan gestionar los riesgos económicos y financieros en los niveles adecuados de la organización.
- Establecer e implantar, en los niveles adecuados, los procesos clave para el gobierno de la organización.

##### 4c. Cómo se gestionan los edificios, equipos y materiales de la organización.

- Desarrollar una estrategia de gestión de edificios, equipos y materiales que apoye la política y estrategia de la organización.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Gestionar el mantenimiento y uso de los activos para mejorar el rendimiento total de su ciclo de vida.
- Gestionar la seguridad de los activos.
- Medir y gestionar cualquier impacto negativo de los activos en la comunidad y empleados (incluido las cuestiones ergonómicas, de higiene y seguridad).
- Utilizar los recursos de la organización de forma que no dañen el medioambiente durante el ciclo completo de vida de un producto.
- Optimizar los inventarios de material.
- Optimizar el consumo de suministros (gas, electricidad y agua).
- Disminuir y reciclar los residuos.
- Minimizar cualquier impacto global adverso de los productos, de su elaboración de los mismos y de los servicios.
- Optimizar el uso del transporte.

### **4d. Cómo la organización gestiona la tecnología.**

- Desarrollar una estrategia de gestión de la tecnología que apoye la estrategia global.
- Identificar y evaluar las tecnologías alternativas y emergentes a la luz de su impacto en el negocio y la sociedad.
- Gestionar la cartera tecnológica incluyendo la sustitución de tecnología obsoleta.
- Explotar la tecnología existente.
- Desarrollar una tecnología innovadora y respetuosa con el medio ambiente (por ejemplo, que ahorre energía y recursos, reduzca al mínimo los residuos y emisiones, y favorezca el reciclado y la reutilización).
- Utilizar tecnologías de la información y comunicación para apoyar y mejorar la eficacia de las actividades de la organización.
- Aprovechar la tecnología para apoyar la mejora.

### **4e. Cómo la organización gestiona la información y el conocimiento.**

- Desarrollar una estrategia de gestión de la información y el conocimiento que apoye la estrategia de la organización.
- Identificar los requisitos de información y conocimiento de la organización.
- Recoger, estructurar y gestionar la información y el conocimiento en apoyo de la política y estrategia.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Proporcionar a usuarios internos y externos un acceso adecuado a la información y a los conocimientos relevantes.
- Utilizar la tecnología de la información para apoyar la comunicación e información interna y la gestión del conocimiento.
- Garantizar y mejorar la validez, integridad y seguridad de la información.
- Cultivar, desarrollar y proteger la propiedad intelectual que sólo posee la organización, para maximizar su valor para el cliente.
- Tratar de adquirir, incrementar y utilizar el conocimiento de forma eficaz.
- Generar en la organización un clima de innovación y creatividad mediante el uso de los recursos adecuados de información y de conocimiento.

### **8.4.5 PROCESOS**

#### **8.4.5.1 DESCRIPCIÓN**

Las organizaciones excelentes diseñan, gestionan y mejora sus procesos para satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés y generar cada vez mayor valor para ellos.

#### **8.4.5.2 OBJETIVOS**

Analizar cómo diseña, gestiona y mejora la organización sus procesos para apoyar su política y estrategia y para satisfacer plenamente, generando cada vez más valor, a sus clientes y otros grupos de interés.

#### **8.4.5.3 EJEMPLOS**

- Definición clara de la cuáles son los procesos críticos.
- Sistema de calidad estructura de acuerdo con la norma ISO 9000 o similares.
- Enfoque sobre los tipos de respuesta.
- Enfoque cuantitativo frente cualitativo.
- Utilización de datos enfocados a la implantación de acciones de mejora.

- Establecimiento de objetivos ambiciosos.
- Medidas internas y externas correlacionables entre sí.
- Interrelación con proveedores.
- Integración tanto de las acciones preventivas como de las correctoras en la operativa diaria.
- Diseño de productos y servicios dirigido desde las necesidades y expectativas de los clientes.
- Producción y distribución eficaces de productos y servicios.
- Gestión eficaz de las relaciones con clientes.

### 8.4.5.4 SUBCRITERIOS Y DETALLES

#### **5a. Cómo la organización diseña y gestiona sistemáticamente.**

- Diseñar los procesos de la organización, incluidos aquellos procesos clave necesarios para hacer realidad la política y estrategia.
- Identificar los grupos de interés de cada proceso y resolver las cuestiones de interfase que surgen dentro de la organización y con los partners externos a fin de gestionar de manera eficaz los procesos de principio a fin.
- Establecer el sistema de gestión de procesos.
- Aplicar en la gestión de procesos estándares de sistemas como, por ejemplo, los de gestión de calidad, gestión medioambiental o gestión de riesgos laborables.
- Implantar indicadores de procesos y establecer objetivos de rendimiento.
- Revisar la eficacia del esquema general de procesos a la hora de hacer realidad la política y estrategia de la organización.

#### **5b. Cómo la organización introduce las mejoras necesarias en sus procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor.**

- Identificar y priorizar oportunidades de mejora continua y drástica, así como otros cambios.
- Utilizar los resultados de los indicadores internos de rendimiento y de las percepciones, y la información procedente de las actividades de aprendizaje para establecer prioridades y objetivos de mejora, y métodos operativos perfeccionados.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Estimular el talento creativo e innovador de los empleados, clientes y partners, y hacer que repercuta sobre las mejoras continuas y drásticas.
- Descubrir y utilizar nuevos diseños o procesos, filosofías operativas y tecnologías que faciliten las operaciones.
- Establecer los métodos idóneos para llevar a efecto el cambio.
- Establecer pruebas piloto y controlar la implantación de procesos nuevos o modificados.
- Comunicar los cambios introducidos en los procesos a todos los grupos de interés pertinentes.
- Garantizar que las personas reciben la formación pertinente para trabajar con procesos nuevos o modificados, antes de su implantación.
- Asegurar que los cambios de los procesos alcanzan los resultados previstos.

### **5c. Cómo la organización diseña y desarrolla sus productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de sus clientes.**

- Utilizar investigaciones de mercado, encuestas de clientes y otras formas de adquirir información para determinar las necesidades y expectativas actuales de los clientes en cuanto a productos y servicios.
- Anticipar e identificar mejoras en los productos y servicios de acuerdo con las futuras necesidades y expectativas de los clientes y grupos de interés.
- Diseñar y desarrollar junto a clientes y partners, nuevos productos y servicios que añadan valor para los clientes.
- Comprender y anticipar el impacto de las nuevas tecnologías en los productos y servicios, así como su valor potencial.
- Desarrollar nuevos productos y servicios tanto para el mercado actual de la organización como para logara acceder a otros mercados.
- Utilizar la creatividad, innovación y competencias clave de las personas de la organización y de los partners externos para desarrollar nuevos productos y servicios competitivos.

### **5d. Cómo la organización produce, distribuye y realiza el servicio de atención a sus productos y servicios.**

- Elaborar o adquirir productos y servicios acordes con los diseños previos y los desarrollos posteriores.
- Poner en el mercado, comunicando la proposición de valor, y vender los productos y servicios a los clientes actuales y potenciales.
- Distribuir los productos y servicios a los clientes.



- Prestar servicio de atención sobre los productos y servicios, incluido su reciclado cuando resulte apropiado.

### 5e. Cómo la organización gestiona y mejora sus relaciones con los clientes.

- Determinar y satisfacer los requisitos de los clientes fruto del contacto habitual con ellos.
- Gestionar la información procedente de los contactos habituales, incluidas las quejas y reclamaciones.
- Implicarse de manera proactiva con los clientes para debatir y abordar sus necesidades, expectativas y preocupaciones.
- Dar seguimiento a las ventas, al servicio de atención al cliente y a otros contactos con los mismos, para determinar los niveles de satisfacción con los productos, servicios y otros procesos de venta y servicio de atención al cliente.
- Esforzarse en mantener la creatividad y la innovación en las relaciones de venta y servicio de atención al cliente.
- Establecer alianzas con clientes que añadan valor a la cadena logística.
- Emplear las encuestas periódicas y otras formas de recogida estructurada de datos, así como los datos obtenidos de los contactos habituales, para determinar e incrementar los niveles de satisfacción de los clientes en su relación con la organización.
- Asesorar a los clientes en el uso responsable del producto.

## 8.4.6 RESULTADOS EN LOS CLIENTES

### 8.4.6.1 DESCRIPCIÓN

Las Organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a sus clientes.

### 8.4.6.2 OBJETIVOS

Evaluación de los resultados en el ámbito de la satisfacción del cliente. Este criterio está centrado en la disponibilidad de datos directos de clientes (encuestas) y datos

medidos internamente que permiten hacer un diagnóstico del nivel de satisfacción del cliente. En este criterio no se considera suficiente la disponibilidad de la información indicada sino que se tendrá también en cuenta su tendencia, evolución respecto de los objetivos internos marcados y respecto a los valores medios de las organizaciones del sector y de los mejores valores tanto del sector como fuera del mismo. Se tendrá también en cuenta el número de años al que están referidos los datos.

### 8.4.6.3 EJEMPLOS

- Sistema de medida de niveles de satisfacción de los clientes que recogen información sobre todos los parámetros de calidad importantes para ellos.
- Uso de todos los canales de información (encuestas, reclamaciones, bajas de clientes, empleados, seguimiento de productos/servicios, etc.)
- Comparación de los resultados con los de las organizaciones líderes del sector.
- Sondeo de opinión de posibles clientes.
- Evaluación de todos los segmentos del mercado importantes.

### 8.4.6.4 SUBCRITERIOS Y DETALLES

#### **6a. Indicadores que miden la percepción que tienen los clientes de la organización.**

- Imagen general: Accesibilidad, Comunicación, Transparencia, Flexibilidad, Comportamiento proactivo y Capacidad de respuesta.
- Productos y servicios: Calidad, Valor añadido, Fiabilidad, Innovación en el diseño, Entrega y Perfil medioambiental.
- Atención al cliente: Capacidad y conducta de las personas de la organización, Asesoramiento y apoyo, Publicaciones para el cliente y documentación técnica, Tratamiento de quejas y reclamaciones, Formación sobre productos y servicios, Tiempos de respuesta, Apoyo técnico y Garantías en los productos y servicios.
- Fidelidad: Intención de volver a comprar, Voluntad de comprar otro productos y servicios de la organización y Voluntad de recomendar la organización.

#### **6b. Indicadores internos de la organización sobre su rendimiento.**

- La imagen externa: Número de premios de clientes, Nominaciones otorgadas por clientes y Cobertura en prensa.

- Productos y servicios: Competitividad; Índices de defectos, errores o rechazos; Sellos de aprobación, marcas de garantía o etiquetas medioambientales; Quejas y reclamaciones; Indicadores logísticos; Ciclo de vida de los productos; Innovación en el diseño; y Tiempo de lanzamiento de nuevos productos.
- Ventas y servicio de atención al cliente: Demanda de formación, Tratamiento de quejas y reclamaciones e Índices de respuesta.
- Fidelidad: Duración de la relación; Recomendaciones efectivas; Frecuencia o valor de los pedidos; Valor residual o derivado de la vida del producto; Número de quejas, reclamaciones y felicitaciones; Negocios nuevos y/o perdidos; y Retención de clientes.

### 8.4.7 RESULTADOS EN LAS PERSONAS

#### 8.4.7.1 DESCRIPCIÓN

Las Organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a las personas que las integran.

#### 8.4.7.2 OBJETIVOS

Evaluar qué logros está alcanzando la organización en relación con las personas que la integran y cuáles son los logros en lo relativo a los resultados en las personas, sea cual sea su modalidad de contratación, que prestan sus servicios para la organización.

#### 8.4.7.3 EJEMPLOS

- Medición de percepción y estudios que son relevantes para los empleados.
- Satisfacción que procede ante todo del trato equitativo.
- Resultados comparados con los de las organizaciones líderes.
- Comparación entre y dentro de las organizaciones.
- Uso de predicciones, medidas principales y de influencia, así como estudios de percepción directos.

#### 8.4.7.4 SUBCRITERIOS Y DETALLES

##### **7a. Indicadores que miden la percepción que tienen las personas de su organización de su funcionamiento.**

- Motivación: Desarrollo de carreras profesionales; Comunicación; Delegación y asunción de responsabilidades; Igualdad de oportunidades; Implicación; Liderazgo; Oportunidades para aprender y lograr objetivos; Reconocimiento; Establecimiento de objetivos y evaluación del desempeño; Valores, misión, visión, política y estrategia de la organización; y Formación y desarrollo.
- Satisfacción: Sistema administrativo de la organización, Condiciones de empleo, Instalaciones y servicios, Condiciones de higiene y seguridad, Salario y beneficios, Relaciones entre personas del mismo nivel laboral, Gestión del cambio, Política e impacto medioambiental de la organización, Papel de la organización en la comunidad y sociedad y Entorno de trabajo.

##### **7b. Indicadores internos de la organización para medir el rendimiento de las personas que la integran.**

- Motivación e implicación: Implicación en equipos de mejora, Implicación en programas de sugerencias, Niveles de formación y desarrollo, Efectos beneficiosos y medibles del trabajo en equipo, Reconocimiento a personas y equipos e Índices de respuesta a las encuestas de empleados.
- Servicios que la organización proporciona a las personas que la integran: Exactitud y precisión de la administración de personal, Efectividad de la comunicación, Rapidez de respuesta a las peticiones y Evaluación de la formación.
- Satisfacción: Índices de absentismos y bajas por enfermedad, Índices de accidentes, Quejas y reclamaciones, Selección de personal, Rotación del personal y fidelidad, Huelgas y Utilización de las instalaciones y beneficios que ofrece la organización.
- Logros: Competencias necesarias frente a competencias existentes, Productividad, Índices de éxito de la formación y el desarrollo a la hora de alcanzar los objetivos previstos y Reconocimientos y premios externos.

## 8.4.8 RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

### 8.4.8.1 DESCRIPCIÓN

Las organizaciones excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a la sociedad.

### 8.4.8.2 OBJETIVOS

Evaluar qué logros está alcanzando la organización en la sociedad, a nivel local, nacional e internacional (según resulte pertinente) y qué resultados está consiguiendo la organización en lo que se refiere a la satisfacción de las necesidades y expectativas de la comunidad en general, incluyendo tanto opiniones acerca de la organización hacia la calidad de vida, el medioambiente y la conservación global de recursos naturales, como las propias mediciones de la organización. Incluye las relaciones con los organismos e instituciones cuya opinión o actuación pueda afectar a la organización.

### 8.4.8.3 EJEMPLOS

- Uso de medidas que nos indican indirectamente la percepción que tiene la comunidad de la organización.
- Comparación de los resultados con los de las organizaciones consideradas líderes por la comunidad.
- Soporte importante por parte de la comunidad.
- Acuerdos de cooperación con organizaciones de la comunidad.
- Prácticas destacadas en lo referente a preservación de los recursos naturales.

#### 8.4.8.4 SUBCRITERIOS Y DETALLES

##### **8a. Indicadores que miden la percepción que tiene la sociedad del funcionamiento de la organización.**

- Imagen general: Respuesta a los contactos con la organización, Como generadora de empleo y Como miembro responsable de la comunidad.
- Actividades como miembro responsable de la sociedad: Difusión de información relevante para la comunidad; Política de igualdad de oportunidades; Incidencia en la economía local y nacional; Relación con las autoridades relevantes; y Comportamiento ético.
- Actividades encaminadas a reducir y evitar molestias y daños provocados por sus actividades durante y/o el ciclo de vida de sus productos y servicios: Riesgos y accidentes para la salud, Ruidos y olores, Riesgos para la seguridad, Contaminación y emisiones tóxicas, Análisis de la cadena logística y Evaluación medioambiental del ciclo de vida de los productos.
- Información sobre las actividades de la organización que contribuyen a la preservación y mantenimiento de los recursos: Elección del tipo de transporte a utilizar; Impacto ecológico; Reducción y eliminación de residuos y embalajes; Sustitución de materias primas y otras entradas; Utilización de los suministros de gas, agua y electricidad; y Reciclado.
- Implicación en las comunidades donde opera: Implicación en la educación y la formación, Implicación de los organismos de la comunidad en actividades de la organización, Apoyo a la salud y al bienestar, Apoyo al deporte y al ocio , Trabajo voluntario y patrocinios.

##### **8b. Indicadores internos de la organización para medir su rendimiento hacia la sociedad.**

- Tratamiento de los cambios de los niveles de empleo.
- Relaciones con las autoridades en cuestiones como: Certificaciones, Permisos y autorizaciones administrativas, Licencias de importación/exportación y Planificación.
- Felicitaciones y premios recibidos: Autorizaciones para el lanzamiento de productos, e Intercambio de información sobre buenas prácticas, auditorias e informes públicos en el ámbito de la Responsabilidad Social.
- Medioambientales (contaminación, residuos, consumos y contaminación acústica): Mediciones de NO<sub>2</sub>, CO, SO<sub>2</sub>, etc.; Mediciones de pH del agua; Porcentaje de residuos no reciclados; Indicadores de toxicidad de los residuos; Consumos de energía eléctrica; Consumo de gas, fuel o carbón; Consumo de

papel; Consumo de agua; Nivel de ruido en decibelios; y Multas por infracciones medioambientales.

- Incidencia en la economía: Evolución de las exportaciones/importaciones, Porcentaje de minusválidos contratados, Evolución del empleo del entorno, y Porcentaje de proveedores locales.
- Apoyo a la formación: Número de alumnos en prácticas, Número de becas concedidas, y Porcentaje del presupuesto dedicado a la formación.

### 8.4.9 RESULTADOS CLAVE

#### 8.4.9.1 DESCRIPCIÓN

Las Organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a los elementos clave de su política y estrategia.

#### 8.4.9.2 OBJETIVOS

Evaluar qué logros está alcanzando la organización con relación al rendimiento planificado y cuáles son los resultados clave del rendimiento de la organización en relación con los objetivos que se ha planteado. Los objetivos pueden ser tanto económicos como de cualquier otro tipo, como por ejemplo los que se establezcan en los indicadores de los procesos críticos de la organización, rendimiento de la cadena de suministro, rendimiento de los activos inmovilizados, rotación de inventarios, ritmo de innovación, etc.

#### 8.4.9.3 EJEMPLOS

- Mejora clara y continuada en los productos y servicios comercializados por la organización.
- Clara y continua mejora de los indicadores de los procesos críticos.
- Mejora significativa de los principales ratios económicos.
- Mejoras en la calidad de los productos/servicios suministrados por los proveedores.

- Los resultados son siempre comparados con los de los líderes del mercado o del proceso.
- La organización consistentemente los objetivos de negocio planificados.

### 8.4.9.4 SUBCRITERIOS Y DETALLES

#### 9a. Resultados clave de rendimiento de la organización.

- Resultados económicos y financieros: Datos de carácter general o del mercado (ventas, precio de la acción, dividendos, etc.); Rentabilidad (márgenes brutos, beneficios por acción, beneficios antes de interés e impuestos, margen de explotación, etc.); Información relativa a inversiones y activos (rentabilidad del capital invertido, rentabilidad de los activos netos, rentabilidad del capital empleado, etc.); Gestión y control del presupuesto (resultados con relación a los de la organización o unidad).
- Resultados no económicos: Cuota de mercado, Tiempo de lanzamiento de nuevos productos, Índices de éxito, Volúmenes y Rendimiento de los procesos.

#### 9b. Indicadores clave de rendimiento de la organización.

- Procesos: Rendimiento, Despliegue, Evaluaciones, Innovaciones, Mejoras, Duración de los ciclos, Tasa de defectos, Madurez, Productividad y Tiempo de lanzamiento de nuevos productos.
- Tecnología: Ritmo de innovación, Valor de la propiedad intelectual, Patentes y Royalties.
- Recursos externos, incluidas alianzas: Rendimiento de los proveedores, Precios de los proveedores, Número y valor añadido de las alianzas, Número y valor añadido de las soluciones innovadoras a productos y servicios generadas por los partners, Número y valor añadido de las mejoras conjuntas logradas por los partners y Reconocimiento de la contribución de los partners.
- Información y conocimiento: Accesibilidad, Integridad, Relevancia, Oportuna y puntual, Participación y uso del conocimiento, Valor y capital intelectual.
- Económicos y financieros: Temas relativos al flujo de caja, Elementos del balance, Depreciación, Coste de mantenimiento, Rentabilidad de los dividendos, Rendimiento de los activos netos, Clasificaciones de los créditos.
- Edificios, equipos y materiales: Índices de defectos, Rotación de inventarios, Consumos de los suministros y Niveles de uso de equipos y materiales.



## 8.5 LA AUTOEVALUACIÓN. HERRAMIENTAS DE AUTOEVALUACIÓN

El modelo EFQM de Excelencia Empresarial recomienda adoptar el proceso de Autoevaluación como estrategia para mejorar el rendimiento de una organización, ya que, según el modelo, la Autoevaluación ayudará a las organizaciones, grandes y pequeñas, del sector privado o público, a trabajar de un modo más eficaz y eficiente.

La Autoevaluación es un ejercicio mediante el cual una organización se compara frente a un modelo de referencia (EFQM, Deming, Iberoamericano, Malcom Baldrige, etc.) identificando cuáles son sus puntos fuertes y sus áreas de mejora en relación con lo que dice el modelo, permitiéndole así, llevar a cabo de los planes de mejora que constituirán los planes empresariales.

Las organizaciones que utilizan el modelo EFQM de Excelencia para la Autoevaluación coinciden en que el ejercicio les reporta una amplia gama de beneficios entre los que destacan los siguientes:

- Proporciona un planteamiento muy estructurado y basado en datos que permite identificar y evaluar los puntos fuertes y las áreas de mejora de la organización y medir su progreso periódicamente.
- Educa a las personas de la organización en los Conceptos Fundamentales y en el marco general que permite gestionar y mejorar la organización, relacionando dichos Conceptos y marco general con las responsabilidades de las personas.
- Integra las distintas iniciativas de mejora en el día a día de la organización.
- Facilita la comparación con otras organizaciones, de naturaleza similar o distinta, al utilizar un conjunto de criterios ampliamente aceptados en toda Europa y también al identificar y permitir compartir las “buenas prácticas” dentro de la organización.

En consecuencia, el proceso de Autoevaluación ofrece a las organizaciones la oportunidad de aprender sobre sus puntos fuertes y débiles, sobre lo que significa la “excelencia” para ella, sobre la distancia que ha recorrido la organización en el cambio hacia la excelencia, cuánto le queda todavía por recorrer y cómo se compara con otras organizaciones.

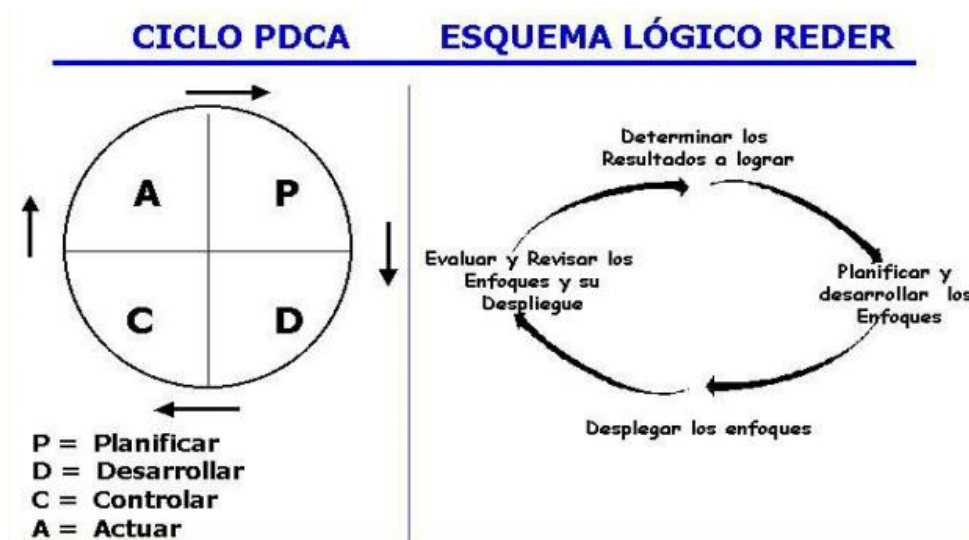
### 8.5.1 LA LÓGICA REDER

En los fundamentos del modelo se encuentra un esquema lógico que denominamos REDER (en inglés RADAR: Results, Approach, Deployment and Assessment and Review).

REDER lo forman cuatro elementos:

- Resultados
- Enfoque
- Despliegue
- Evaluación
- Revisión

Figura 8: Ciclo PDCA y Esquema Lógico REDER



Fuente: Club de Excelencia en Gestión

La lógica que sustenta la matriz REDER coincide con el clásico ciclo PDCA (PLAN-DO-CHECK-ACT), en el que se debe:

1. Planificar el enfoque
2. Desplegar el enfoque
3. Comprobar (evaluar) la efectividad
4. Actuar en base a lo aprendido, mejorando así el enfoque.

Este esquema lógico establece lo que una organización necesita realizar:

- P (plan): Planificar y desarrollar una sólida metodología para producir los resultados requeridos, tanto ahora como en el futuro, basándose en una mentalidad innovadora.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

- D (do): Implantar la metodología de un modo sistemático para garantizar su plena y efectiva puesta en práctica, alineando el despliegue del método, uno tras otro, cuando así proceda.
- C (check): Evaluar la eficiencia y eficacia del método formulado y la implantación de los mismos, con base en un seguimiento y un análisis de los resultados (indicadores) conseguidos y en actividades de indagación tales como las valoraciones comparativas y las evaluaciones.
- A (act): Valorando esta información, identificar, jerarquizar, planificar y llevar a la práctica las mejoras que resulten necesarias.

Al utilizar el modelo en una organización, por ejemplo para realizar una autoevaluación, los elementos Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión del esquema lógico REDER deben abordarse en cada subcriterio del grupo “Agentes Facilitadores”, y el elemento Resultados debe abordarse en cada subcriterio del grupo “Resultados”.

La EFQM ha creado dos instrumentos de apoyo para ayudar a evaluar y puntuar a los usuarios del modelo: la matriz de puntuación REDER y la tarjeta <<Explorador de oportunidades>>.

### 8.5.1.1 LA MATRIZ DE PUNTUACIÓN REDER

La Matriz de Puntuación REDER es el método de evaluación utilizado para puntuar los documentos de solicitud que se presentan al Premio Europeo de Calidad.

También se puede utilizar por las organizaciones que quieran servirse de una puntuación para realizar el benchmarking o para otro propósito.

Cuando a una organización se le puntúa mediante la Matriz de Puntuación REDER, se le asigna un peso específico a cada uno de los nueve criterios para calcular el número de puntos asignados finalmente a cada criterio. En el esquema situado a continuación, se muestran dichos pesos específicos o porcentajes, que se establecieron en 1991 como resultado de un extenso ejercicio de consultas a lo largo de toda Europa. Estos pesos fueron aceptados mayoritariamente y serán revisados por la EFQM cada cierto tiempo.

A cada subcriterio, generalmente, se le asigna el mismo peso específico dentro de su propio criterio, es decir, 1a supone 1/5 de los puntos asignados al criterio 1.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

Figura 9: Porcentajes de evaluación del Modelo EFQM de Excelencia



Fuente: Fundación Europea para la Gestión de Calidad

No obstante hay tres excepciones:

- El subcriterio 6a tiene un peso del 75% del total de los puntos del criterio 6, mientras que el subcriterio 6b un 25%.
- El subcriterio 7a tiene un peso del 75% del total de los puntos del criterio 7, mientras que el subcriterio 7b un 25%.
- El subcriterio 8a tiene un peso del 25% del total de los puntos del criterio 8, mientras que el subcriterio 8b un 75%.

El primer paso para realizar la puntuación es utilizar la matriz de puntuación REDER para asignar un porcentaje a cada subcriterio. Esto se consigue teniendo en cuenta cada uno de los elementos y atributos de la matriz para cada uno de los subcriterios del modelo. La Hoja Resumen de la Puntuación se utiliza a continuación para compilar todos los porcentajes asignados a cada subcriterio y obtener la puntuación total dentro de una escala de 0 a 1000 puntos.

# Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

Figura 10: Cuadro REDER. Resultados

Elementos	Valoración	0%					25%					50%					75%					100%				
Elementos	Atributos	Sin resultados o con información anecdótica					Tendencias positivas y/o rendimiento satisfactorio en algunos resultados					Tendencias positivas y/o buen rendimiento sostenido, en muchos resultados y al menos en los últimos 3 años					Tendencias positivas fuertes y/o excelente rendimiento sostenido, en la mayoría de los resultados y al menos en los últimos 3 años					Tendencias positivas fuertes y/o excelente rendimiento sostenido, en todas las áreas y al menos en los últimos 5 años				
Resultados	Tendencias: • Las tendencias son positivas y/o el rendimiento es bueno y sostenido.	Sin resultados o con información anecdótica					Tendencias positivas y/o rendimiento satisfactorio en algunos resultados					Tendencias positivas y/o buen rendimiento sostenido, en muchos resultados y al menos en los últimos 3 años					Tendencias positivas fuertes y/o excelente rendimiento sostenido, en la mayoría de los resultados y al menos en los últimos 3 años					Tendencias positivas fuertes y/o excelente rendimiento sostenido, en todas las áreas y al menos en los últimos 5 años				
	Objetivos: • Los objetivos se alcanzan. • Los objetivos son apropiados.	Sin resultados o con información anecdótica					Favorables y apropiados en algunas áreas					Favorables y apropiados en muchas áreas					Favorables y apropiados en muchas áreas					Excelentes y apropiados en la mayoría de las áreas				
	Comparaciones: • Se realizan comparaciones con organizaciones externas y los resultados son buenos comparados con las medias del sector o con el reconocido como «el mejor».	Sin resultados o con información anecdótica					Existen comparaciones en algunas áreas					Comparaciones favorables en algunas áreas					Comparaciones favorables en muchas áreas					Comparaciones excelentes en la mayoría de las áreas y es «El mejor» en muchas áreas				
	Causas: • Los resultados son consecuencia del enfoque.	Sin resultados o con información anecdótica					Algunos resultados son consecuencia del enfoque					Muchos resultados son consecuencia del enfoque					La mayoría de los resultados son consecuencia del enfoque					Todos los resultados son consecuencia del enfoque. La organización mantendrá la posición de líder				
	Total		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
Elementos	Valoración	0%					25%					50%					75%					100%				
	Ambito de aplicación: Los resultados abarcan las áreas relevantes.	Sin resultados o con información anecdótica					Se abarcan algunas áreas relevantes					Se abarcan muchas áreas relevantes					Se abarcan la mayoría de las áreas relevantes					Se abarcan todas las áreas relevantes				
	Total		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
Valoración total			0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			

Cuadro REDER. Resultados

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

Elementos	Atributos	Valoración																								
		0%					25%					50%					75%					100%				
Enfoque	Sólidamente fundamentado: • El enfoque tiene una lógica clara. • Existen procesos bien definidos y desarrollados. • El enfoque se centra en las necesidades de los grupos de interés.	Sin evidencia o anecdótica					Alguna evidencia					Evidencia					Evidencia clara					Evidencia total				
	Integrado: • El enfoque apoya la Política y Estrategia. • El enfoque está vinculado a otros enfoques, según sea apropiado.	Sin evidencia o anecdótica					Alguna evidencia					Evidencia					Evidencia clara					Evidencia total				
	Total			0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
Elementos	Atributos	Valoración																								
Despliegue	Implantado: • El enfoque está implantado.	Sin evidencia o anecdótica					Implantado aproximadamente en 1/4 de las áreas relevantes					Implantado aproximadamente en 1/2 de las áreas relevantes					Implantado aproximadamente en 3/4 de las áreas relevantes					Implantado en todas las áreas relevantes				
	Sistemático: • El enfoque está desplegado de manera estructurada	Sin evidencia o anecdótica					Alguna evidencia					Evidencia					Evidencia clara					Evidencia total				
	Total			0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
Elementos	Atributos	Valoración																								
Evaluación y Revisión	Medición: • Se mide regularmente la efectividad del enfoque; el despliegue se lleva a cabo.	Sin evidencia o anecdótica					Implantado aproximadamente en 1/4 de las áreas relevantes					Implantado aproximadamente en 1/2 de las áreas relevantes					Implantado aproximadamente en 3/4 de las áreas relevantes					Implantado aproximadamente en 3/4 de las áreas relevantes				
	Aprendizaje: • Las actividades de aprendizaje se utilizan para identificar y compartir mejores prácticas y oportunidades de mejora.	Sin evidencia o anecdótica					Alguna evidencia					Evidencia					Evidencia clara					Evidencia total				
	Mejora: • El resultado de las mediciones y del aprendizaje se analiza y utiliza para identificar, establecer prioridades, planificar e implantar mejoras	Sin evidencia o anecdótica					Alguna evidencia					Evidencia					Evidencia clara					Evidencia total				
Total			0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
Valoración total				0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		

Cuadro REDER: Agentes Facilitadores

Fuente: Fundación Europea para la Gestión de Calidad

El Modelo EFQM y la matriz REDER de puntuación están diseñados para servir, entre otras cosas, para la evaluación de una organización en todos sus aspectos de gestión y por tanto es necesario entender que las organizaciones son sistemas donde existe una interrelación entre diferentes elementos. A la hora de aplicar la matriz REDER hay que buscar la coherencia entre los diferentes atributos que presenta cada organización tanto en la valoración de los criterios agentes como de los resultados. Los ejemplos que hemos presentado son situaciones “aisladas” para favorecer la comprensión, pero debemos recordar que el análisis y la evaluación de cada una de las situaciones deben tener en cuenta la realidad de la organización en su conjunto.

### 8.5.1.2 EL SIGNIFICADO DE LAS ESCALAS EXISTENTES EN LA MATRIZ REDER

Los términos *Sin evidencia o anecdótica*, *alguna evidencia*, *evidencia*, *evidencia clara* y *evidencia total*, se utilizan en la Matriz de Puntuación REDER para clasificar la amplitud

y el grado de rigor de la información y de las evidencias presentadas por la organización.

Informaciones “Sin evidencia o anecdóticas” son aquellas que carecen de hechos y datos que las respalden. Por ejemplo:

- Nuestro director general está comprometido con la Excelencia.
- Los directivos practican una política de puertas abiertas.
- Las personas son el principal activo de nuestra organización.

Estas palabras pudieran, por supuesto, expresar una situación real, pero a nosotros no se nos dice cómo el director general demuestra su compromiso, o los directivos practican esta política, etc., y por tanto estas afirmaciones son anecdóticas.

Por otra parte, en el extremo opuesto, la clasificación “Evidencia Total” se caracteriza por:

- Una información detallada y completa acompañada de ejemplos relevantes y concretos, con mediciones, hechos, datos, fechas y responsables, que contemplen por ejemplo la frecuencia con la que se utilizan los procesos, modificaciones a lo largo del tiempo, etc.

Así que, por ejemplo, el compromiso del director general con la Excelencia puede evidenciarse mediante descripciones como las siguientes:

- Participa en las sesiones de apertura y cierre de todos los cursos de formación para los nuevos incorporados y explica los valores y principios éticos de la empresa así como los objetivos en el ámbito de la Excelencia (7 sesiones en 2010 y 12 en 2011...).
- Visita de manera informal, con frecuencia establecida (semanalmente, mensualmente, etc.) a todas las áreas de la organización, con una duración mínima de 2 horas para exponer y escuchar ideas sobre el avance en la consecución de objetivos y el sistema de gestión.
- Participa personalmente en el proceso de reconocimiento de las personas, y en los mismos actos de reconocimiento (3 actos en 2002 y 2 en 2003, con 14 personas reconocidas por sus ideas).
- Ha recibido 100 horas de formación en metodologías de relacionadas con la Excelencia.
- Lidera anualmente desde 1997 la realización de la autoevaluación según el modelo EFQM, dedicando al menos 30 horas de su tiempo cada año a esta labor.

Las clasificaciones de “Alguna Evidencia”, “Evidencia” y “Evidencia Clara”, lógicamente se situarán cuando las evidencias presentadas estén en situaciones intermedias. La

formación continua de los evaluadores, el análisis de casos de estudio, el compartir puntos de vista con otros miembros de los equipos de evaluación y el consejo de los evaluadores experimentados va desarrollando en los evaluadores el criterio para distinguir entre unas situaciones y otras.

### 8.5.1.3 PUNTUACIÓN DE LOS AGENTES FACILITADORES

En la Matriz REDER, existen tres elementos a tenerse en cuenta a la hora de puntuar los agentes facilitadores: Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión.

#### **Cómo evaluar el Enfoque**

El enfoque se valora en base a dos atributos:

- **Sólidamente fundamentado:** el Enfoque tiene una lógica clara, tiene definidos los procesos, se centra en las necesidades de los grupos de interés y se ha perfeccionado con el tiempo.

Para considerar que el enfoque está sólidamente fundamentado, el evaluador debe ver la lógica o las razones por las que la organización ha adoptado un planteamiento; por ejemplo, como resultado de sus actividades de aprendizaje (investigaciones, estudios, grupos de intercambio de buenas prácticas, benchmarking).

Un enfoque sólidamente fundamentado se implantará mediante procesos claramente definidos y desarrollados, documentados en la medida que sea oportuno para la correcta gestión de los mismos, y desarrollados durante un cierto periodo de tiempo que permita constatar su eficacia y eficiencia y estará centrado en las necesidades y expectativas de los grupos de interés, todo ello apoyado con ejemplos apropiados.

- **Integrado:** el enfoque apoya la Estrategia, y está vinculado a otros enfoques, cuando procede.

El evaluador buscará ejemplos que demuestren el grado de integración del enfoque. Una organización excelente es aquella que presenta elementos de gestión vinculados entre sí para reforzarse mutuamente creando sinergias y apoyando el logro de sus objetivos estratégicos. Las organizaciones menos avanzadas suelen presentar sistemas de gestión con prácticas aisladas unas de otras, con solapamientos, con objetivos contradictorios, o bien no plenamente alineados con la política y estrategia.

#### **Cómo evaluar el Despliegue**

El despliegue se valora en base a dos atributos:



- Implantado: el enfoque está implantado en las áreas relevantes.

Para evaluar la implantación hay que tener en cuenta cómo el enfoque se ha puesto en práctica en los diferentes niveles de responsabilidad de la organización, en sus diferentes centros productivos, unidades de negocio, procesos, empleados, o en los diferentes productos y/o servicios que ofrece.

La organización debería explicar detalladamente cuál es el grado de implantación de los diferentes enfoques de la organización buscando evidencias del tipo: “Hemos desplegado...hasta el 80% de la plantilla”, “todos los líderes hemos recibido al menos 20 horas de formación en calidad total” o “hemos establecido indicadores y objetivos en la totalidad de los 20 procesos que configuran nuestro mapa de procesos” o “hemos aplicado... en 3 de nuestros 5 centros productivos”. Igualmente, se podría evidenciar viendo si la organización tiene clara la frecuencia con la que pone en práctica determinados enfoques.

- Sistemático: El enfoque está implantado de manera estructurada y oportuna y es capaz de gestionar cambios en su entorno, si es necesario.

La organización debería presentar evidencias de la forma en que el despliegue esté planificado y ejecutado de manera estructurada y rigurosa, como por ejemplo: la comunicación previa necesaria, realización de pruebas piloto, con los responsables de las actividades, con plazos y los recursos necesarios, dando la formación necesaria a las personas afectadas, fijando indicadores para medir el grado de cumplimiento de las acciones y teniendo en cuenta no solo el corto sino también el largo plazo y su mantenimiento a lo largo del tiempo, es decir, su sostenibilidad.

### **Cómo evaluar la Evaluación y Revisión.**

La Evaluación, Revisión y Perfeccionamiento se valora en base a tres atributos:

- Medición: se mide periódicamente la eficacia y eficiencia de la puesta en práctica del enfoque y de su despliegue. Las medidas seleccionadas son adecuadas.

Se refiere a si se tiene en cuenta cómo la organización mide tanto la eficacia de sus enfoques (que consiguen los resultados esperados), como la eficiencia (cuántos recursos, tiempo y dinero se consumen) y cómo se contempla la relación existente entre ambas. En este caso, más que los resultados de la medición (que se presentarán en los Resultados), la organización debería aportar evidencias del proceso de medición, de la frecuencia con la que se mide y del porqué de los mecanismos de medición adoptados por la organización, quién es el responsable de la medición, con qué frecuencia se aplica, etc.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

- **Actividades de Aprendizaje y Creatividad:** El aprendizaje se utiliza para identificar mejores prácticas y oportunidades de mejora internas y externas. La Creatividad genera enfoques nuevos o los modifica.

Hay muchas formas de llevar a cabo actividades de aprendizaje, como por ejemplo las visitas a organizaciones avanzadas, asistencia a cursos, charlas o congresos, la lectura de libros y revistas, las búsquedas en bases de datos de buenas prácticas, la participación en talleres y grupos de intercambio de prácticas de gestión, la colaboración con universidades o con centros de investigación, el apoyo de consultores y expertos, o el benchmarking interno y/o externo, tanto con una organización del mismo sector como con otras de sectores muy diferentes.

- **Mejora e Innovación:** el resultado de las mediciones y el aprendizaje es analizado y utilizado para identificar, establecer prioridades, planificar e implantar mejoras.

La organización debería describir la lógica mediante la cual la información que se deriva de la medición y de las actividades de aprendizaje da lugar a mejoras reales y visibles en los resultados.

### **Valoración Total**

La valoración total del subcriterio se calcula en base a la puntuación total de cada uno de los tres elementos de Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión. Teniendo en cuenta toda la información analizada en el subcriterio, el evaluador otorgará una puntuación como valoración total. La media aritmética de estas tres puntuaciones es un punto de partida para fijar la valoración total, pero dicha puntuación puede sufrir modificaciones como por ejemplo:

- Si la puntuación del enfoque o del despliegue es cero, la valoración total también debería ser cero.
- Si el enfoque es pobre pero el despliegue es amplio, la valoración total tenderá hacia la puntuación del enfoque (si el enfoque no es sistemático, puede que no tenga continuidad en el futuro, o en caso extremo, puede que no haya nada que desplegar).
- Si la puntuación de la evaluación y revisión fuese cero pero tanto el enfoque como el despliegue son buenos, una valoración total cercana a cero sería injusta, pero la valoración total debería ser claramente inferior a la media aritmética.

### 8.5.1.4 PUNTUACIÓN DE LOS RESULTADOS

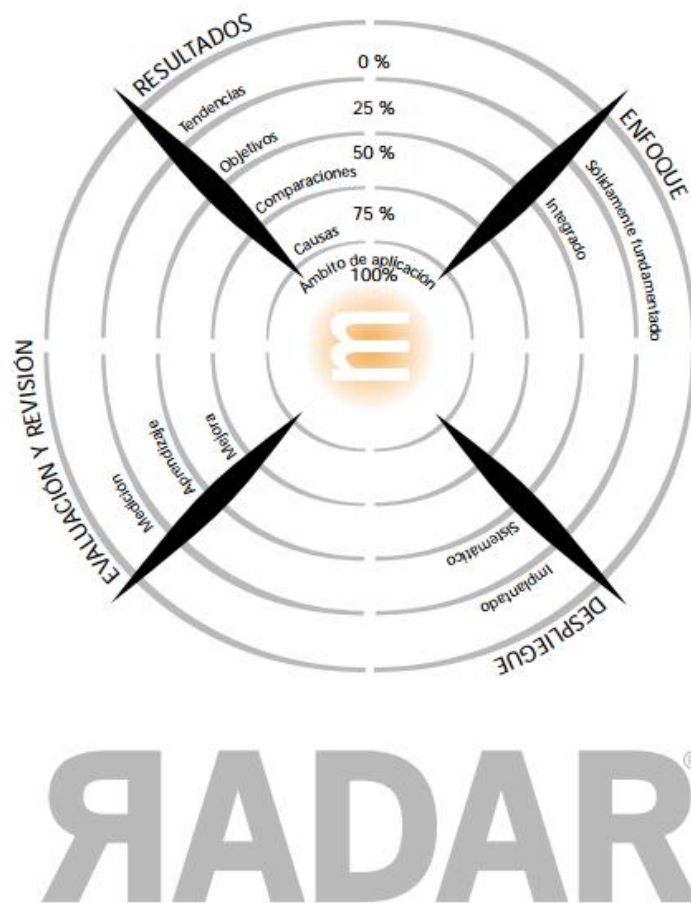
A la hora de puntuar los resultados debemos tener en cuenta:

- No sólo el número, sino también la importancia relativa de unos indicadores con respecto a los otros, dentro del mismo subcriterio. Esta importancia relativa entre indicadores se debe establecer teniendo en cuenta cuáles son los elementos estratégicos para la organización, es decir, su Misión, Visión o Valores, Objetivos estratégicos, Procesos clave, etc.
- La frecuencia de las mediciones. Aunque las organizaciones realicen mediciones con la periodicidad que consideren oportuna, la lógica de la matriz REDER se fija sobre las mediciones que cubran al menos un periodo anual.
- A la hora de interpretar los objetivos, comparaciones y relación causa-efecto, por “resultados” debemos entender los datos numéricos que la organización presenta.

Los resultados se valoran en base a cuatro atributos: tendencias, objetivos, comparaciones y causas.

- **Tendencias:** se debe valorar hasta qué punto la evolución de los resultados es positiva y/o si el rendimiento es satisfactorio / bueno y sostenido durante al menos 3 años.
- **Objetivos:** La puntuación de los objetivos debe tener en cuenta que éstos se alcancen y además que sean adecuados.
- **Comparaciones:** La puntuación de las comparaciones debe tener en cuenta que los resultados sean buenos comparados con otros y/o que sean buenos con el reconocido como “el mejor”. Para puntuar las comparaciones adecuadamente es necesario que la organización explique la lógica de la fijación de las comparaciones y el aprendizaje realizado con las mismas.
- **Causas:** La organización deberá presentar evidencias en la memoria de cómo los resultados son consecuencia del enfoque.

Figura 11: Matriz de Puntuación REDER



Fuente: Fundación Europea para la Gestión de Calidad

### 8.5.2 EL EXPLORADOR DE OPORTUNIDADES

La tarjeta “Explorador de Oportunidades” es un instrumento de Autoevaluación que sirve para identificar oportunidades de mejora. Su objeto es ayudar a identificar oportunidades de mejora a través de la autoevaluación y servir de apoyo a la elaboración de planes de mejora. No es una herramienta para ayudar a puntuar, sino una serie de preguntas diseñadas para que se contesten de manera rápida durante la autoevaluación. Puede utilizarse a nivel de criterio o de subcriterio.

La tarjeta “Explorador de oportunidades” refleja, en esencia, el esquema lógico REDER, que constituye el fundamento del Modelo EFQM de Excelencia. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que no es una lista prescriptiva, sino más bien una posible guía que

indica a las organización qué pasos deben considerar cuando quieren recorrer el camino de la excelencia.

Para utilizar este instrumento, debe seleccionarse un criterio y realizarse las preguntas que se muestran, teniendo en cuenta la tabla respectiva para un Resultado o para un Agente Facilitador. Las actividades de mejora deben centrarse en las áreas donde se encuentren lagunas o diferencias. Por ejemplo, una organización al utilizar la tabla correspondiente a Resultados puede, tal vez, identificar que no tienen establecidos objetivos para un grupo de interés específico.

A continuación se muestra el contenido de esta tarjeta:

### **AGENTES FACILITADORES**

El Enfoque....

- ¿Está sólidamente fundamentado?
- ¿Se centra en las necesidades de los grupos de interés?
- ¿Apoya la Política y Estrategia?
- ¿Está vinculado a otros enfoques, según sea apropiado?
- ¿Es capaz de sostenerse en el tiempo?
- ¿Es innovador?
- ¿Es flexible?
- ¿Se puede medir?

El Despliegue del Enfoque....

- ¿Está implantado en todas las áreas potenciales de la organización?
- ¿Está implantado en todo su potencial o a plena capacidad?
- ¿Está logrando todos los beneficios planificados?
- ¿Se realiza sistemáticamente?
- ¿Lo entienden y aceptan todos los grupos de interés?
- ¿Se puede medir?

La Evaluación y Revisión del Enfoque y su Despliegue...

- ¿Se mide periódicamente su efectividad?
- ¿Proporcionan oportunidades para el aprendizaje?
- ¿Se comparan con organizaciones externas como, por ejemplo, la competencia, las medias del sector o el reconocido como “el mejor”?
- ¿Se mejoran tomando como referencia los resultados del aprendizaje y de las mediciones del rendimiento?

### **RESULTADOS**

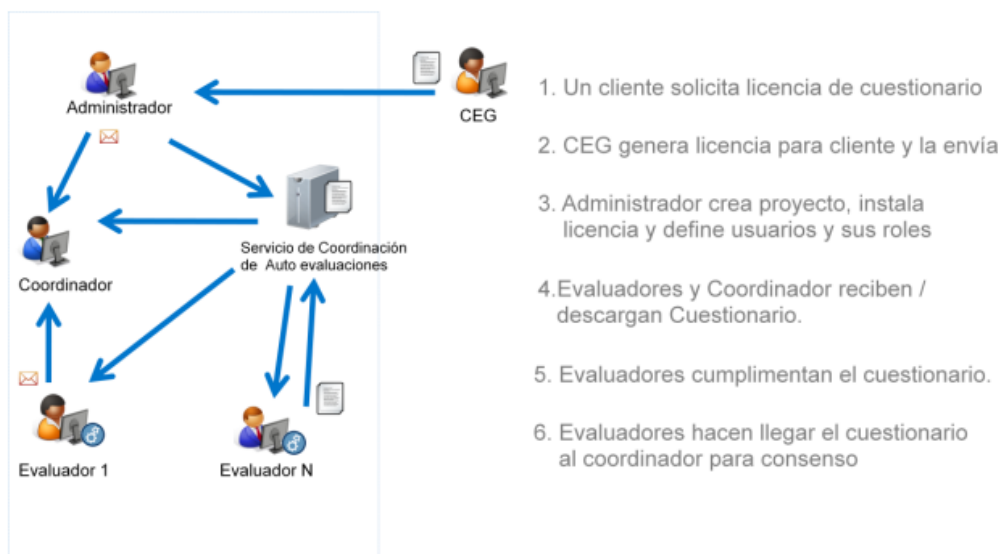
- ¿Hay resultados para todos los grupos de interés?
- ¿Miden los resultados todos los enfoques relevantes y el despliegue de los mismos mediante indicadores de percepción y de rendimiento?
- ¿Muestran tendencias positivas o un buen rendimiento sostenido? En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo?
- ¿Existen objetivos? En caso afirmativo, ¿se alcanzan los objetivos?
- ¿Se realizan comparaciones con organizaciones externas, como por ejemplo, la competencia, las medidas del sector o la reconocida como “la mejor”?
- ¿Los resultados comparados son buenos?
- Los resultados ¿muestran una relación causa-efecto con los enfoques?
- ¿Miden los resultados un conjunto equilibrado de factores para la situación actual y futura?
- ¿Muestran los resultados una imagen holística de la organización?

### **8.5.3 LA HERRAMIENTA PERFIL V. 6.0.**

El Perfil v. 6.0. Perfil es una potente herramienta para realizar procesos de autoevaluación en Organizaciones mediante la cumplimentación de un cuestionario basado un modelo, como por ejemplo el EFQM. Este programa propone un entorno colaborativo para que los distintos roles participantes en un proyecto puedan definir una visión común sobre la situación de su compañía con respecto a determinados Estándares de Calidad.

A nivel conceptual, el funcionamiento de la herramienta Perfil v. 6.0 consta de los siguientes pasos.

Figura 12: Herramienta Perfil v. 6.0.



Fuente: Club de Excelencia en Gestión

- **Paso 1.** Un Cliente solicita una licencia de uso de uno de los cuestionarios definidos por CEG.
- **Paso 2.** El CEG genera una licencia para el cliente y la envía.
- **Paso 3.** El usuario administrador define un proyecto de autoevaluación en el Cliente, donde incluye la lista de usuarios participantes, los roles de estos y la importación de los ficheros recibidos por parte del CEG, que definirán el modelo del cuestionario a utilizar en dicho proyecto.
- **Paso 4.** Tanto el usuario Coordinador, como los Evaluadores reciben en sus instancias de Perfil la información necesaria para poder realizar la autoevaluación. Este proceso se puede realizar mediante la importación de un fichero enviado por el Administrador, o bien cuando el usuario inicia sesión en el Sistema y tiene conectividad con el Servidor de autoevaluaciones.
- **Paso 5.** Los Evaluadores cumplimentan el cuestionario, aportando puntuaciones y evidencias a las distintas preguntas asociadas al cuestionario.
- **Paso 6.** El Coordinador descarga o recibe los distintos cuestionarios realizados por los evaluadores y prepara la reunión de consenso, donde se pondrán en común las puntuaciones generadas por los evaluadores y se generará un valor de consensado por cada pregunta del cuestionario.

Una vez finalizado el consenso, donde se decidirá la puntuación final sobre el modelo y se acordarán los puntos fuertes, áreas de mejora y planes de acción, el coordinador podrá finalizar dicha autoevaluación y remitir los resultados de la misma al CEG para su análisis.

### 8.5.3.1 NIVELES DE USUARIO

El Perfil v. 6.0 se presenta con tres niveles de usuario: Administrador, Coordinador y Evaluador, cuyas tareas y características son:

**Administrador:** Este usuario tiene la misión de instalar el servicio gestor de autoevaluaciones y también definir y gestionar los distintos proyectos de autoevaluación definidos en el Cliente. De forma esquemática, un usuario Administrador podrá usar el Sistema para:

- Gestión de usuarios.
- Gestión de proyectos de autoevaluación.
- Exportación de fichero de configuración para conexión al Servicio de gestión de autoevaluaciones.

**Coordinador:** Es el encargado de dirigir al grupo de Evaluadores, dirigir el consenso y realizar el análisis de los resultados. Del mismo modo, también conduce la detección de Áreas de mejora y la definición de los Planes de Acción asociados. A tal fin, un usuario Coordinador tiene a su disposición los siguientes procesos:

- Módulo de Gestión del Consenso.
- Análisis gráfico de resultados.
- Asignación de Puntos fuertes, Áreas de mejora y Planes de Acción.
- Informes del proceso.

**Evaluador:** El proceso de evaluación propiamente dicho comienza con la identificación de la/s persona/s que se encargarán de realizar dicho proceso (denominado Equipo Evaluador), preferiblemente elegidas entre aquellos que, perteneciendo al propio personal de la organización, tengan una mayor visión global de la misma y se caractericen por un alto espíritu crítico y constructivo. A ello va dirigido el nivel de usuario Evaluador. Cada Evaluador debe centrarse en contestar de forma objetiva a todas y cada una de las preguntas de las que consta el cuestionario, basando sus puntuaciones en las evidencias detectadas. A tal fin, el nivel de usuario Evaluador incluye las funcionalidades siguientes:

- Road Map del Modelo
- Preguntas, Sugerencias, Escalas y Ayuda
- Resultados por preguntas, subcriterios y ayudas
- Resultados totales
- Biblioteca de documentos asociados al proyecto



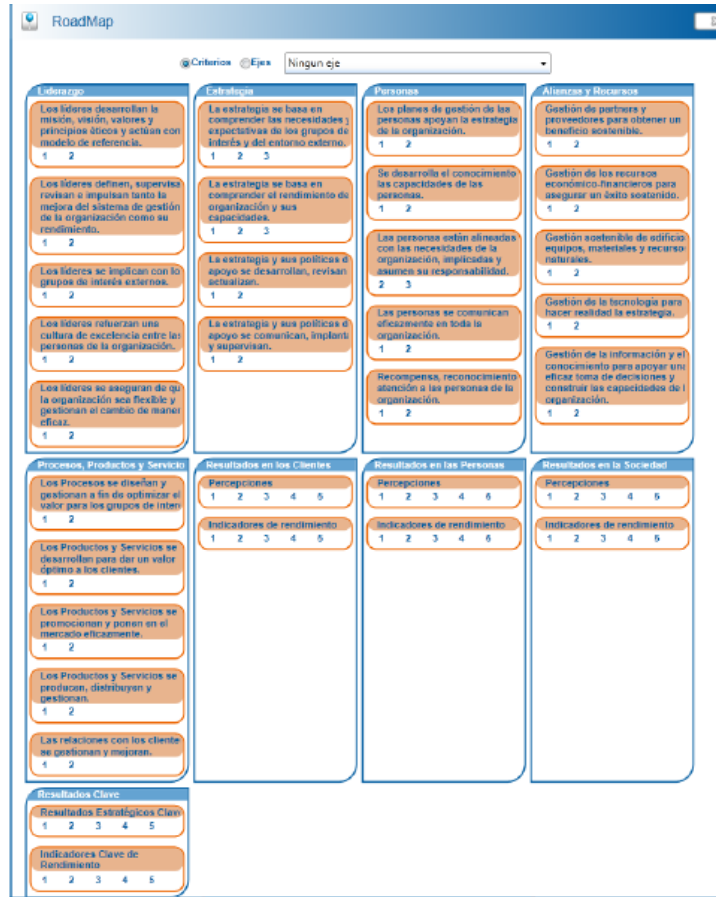
### 8.5.3.2 “ROAD MAP” - MODELO EFQM

La localización de cualquier Agente o Resultado es instantánea gracias a esta disposición vertical. El evaluador puede ir completando su autoevaluación siguiendo el orden dado por la disposición ordenada de criterios y subcriterios, con sus correspondientes preguntas asociadas. Es la forma “tradicional” de llevar a cabo una autoevaluación.

### 8.5.3.3 “ROAD MAP” – VISIÓN POR EJES

El Perfil v. 6.0 no sólo contiene la visión tradicional del Modelo definido por el CEG, es decir, la dimensión vertical, sino que incorpora además una visión horizontal del Modelo, que posibilita el contemplar a las organizaciones desde la perspectiva de sus Procesos Críticos, este enfoque debe caracterizar cualquier Modelo de Gestión actual, ya que en las organizaciones excelentes cada vez prima menos la pirámide jerárquica y más la Gestión por Procesos. De esta forma, frente a la metodología tradicional de completar el cuestionario criterio a criterio, el Perfil V 6.0 aporta la característica de poder evaluar a las organizaciones centrándose en la lógica secuencial implícita en sus Procesos Críticos, representados por lo que se ha dado en llamar Ejes.

Figura 13: RoadMap del Modelo



Fuente: Club de Excelencia en Gestión

### 8.5.3.4 PANTALLA DE EVALUACIÓN

La Pantalla de Evaluación es el cuestionario propiamente dicho, en ella se introducirán las puntuaciones asignadas a cada de las preguntas de que consta el cuestionario. Esta puntuación debe introducirse tras llevar a cabo (en cada pregunta) el siguiente proceso de reflexión:

- Lectura detallada de la pregunta.
- Lectura detallada de las sugerencias adaptadas al sentido de cada pregunta, que las complementan y ayudan a su mejor comprensión.
- Documentación de las evidencias asociadas a cada pregunta, las cuales justificarán la puntuación que se asigne. La aplicación tiene una capacidad

máxima de seis líneas de evidencias, por lo que se requiere capacidad de síntesis.

- Asignación de la puntuación en base a lo anterior. Para ello, puede hacer uso de la barra que hay justo debajo de las Escalas, desplazándola horizontalmente o bien escribiendo directamente la puntuación asignada.

Figura 14: Pantalla de Evaluación

Pregunta

¿Han establecido y comunicado los líderes una clara dirección y orientación estratégica? ¿Se ha identificado quiénes son los líderes de la organización y cómo debe ser su estilo de liderazgo? ¿Actúan sus líderes como modelos de referencia?

Sugerencia

Ayuda

Escalas

No existe un documento formal que exprese la...	Misión, visión y valores: - definidos - documentados - comunicados a todos los...	La dirección y orientación estratégica está definida, documentada y comunicada a todos los grupos de interés y a...	La actitud de TODOS los líderes es coherente con la misión, visión y valores, impulsan su despliegue y son un modelo de referencia.	Se cumplen con los requisitos anteriores de...
---	---	---	---	--

0 10 35 60 85 100

82

Evidencias (500 caracteres máximo)

Evidencia 1

Evidencia 2

Borrar

Fuente: Club de Excelencia en Gestión

### 8.5.3.5 RESULTADOS POR CRITERIO

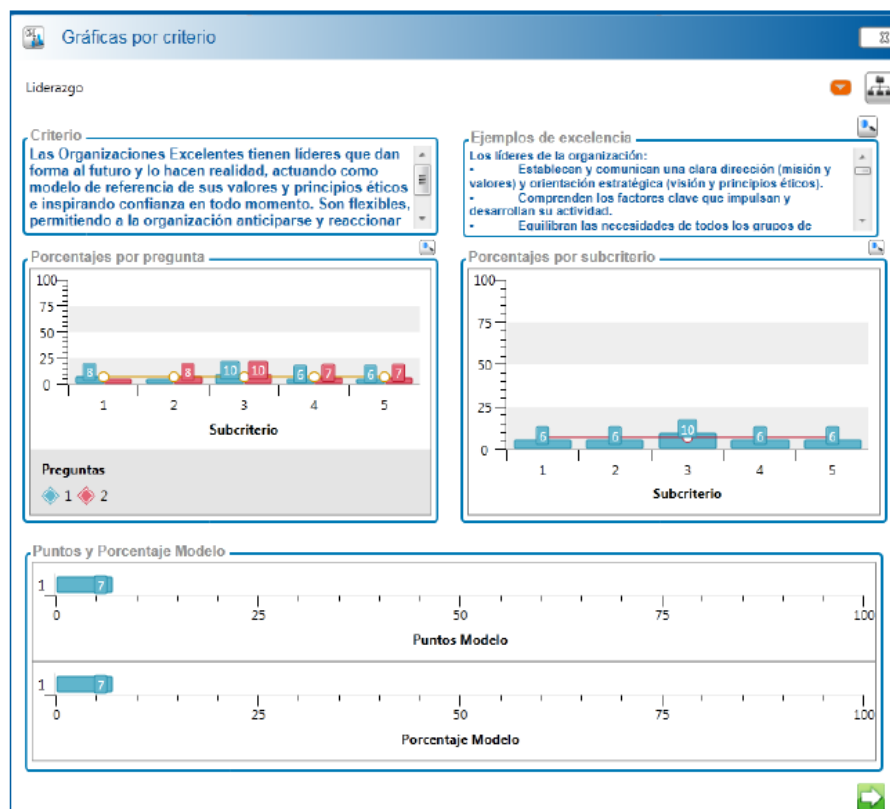
Este módulo está diseñado para analizar cada criterio por separado, la propia definición del criterio y los ejemplos de Excelencia incluidos establecen el marco de referencia en el cual debemos situarnos a la hora de examinar los resultados.

La característica más relevante de esta sección es la gran cantidad de información y grado de detalles proporcionados acerca de un criterio concreto y sus subdivisiones en subcriterios y preguntas.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

De un vistazo, podemos observar desde la valoración total del criterio, en puntos y porcentaje del Modelo, hasta los porcentajes y media obtenidos a nivel pregunta, pasando por los porcentajes y media obtenidos a nivel subcriterio.

Figura 15: Resultados por criterio



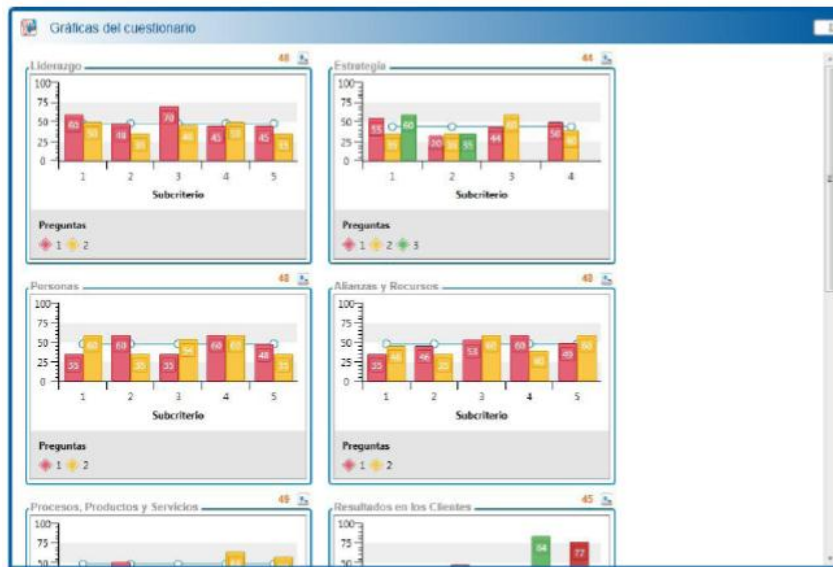
Fuente: Club de Excelencia en Gestión

### 8.5.3.6 RESULTADO POR PREGUNTAS

En una sola pantalla se presentan de forma gráfica los resultados obtenidos en cada una de las preguntas del cuestionario. Evidentemente, éstas se han agrupado siguiendo el orden lógico incremental:

- 1º. Pregunta
- 2º. Subcriterio
- 3º. Criterio

Figura 16: Resultados por criterio



Fuente: Club de Excelencia en Gestión

### 8.5.3.7 RESULTADOS TOTALES

En este módulo gráfico se representan los puntos y porcentajes totales a nivel criterio obtenidos por la organización respecto a los máximos consignados en el Modelo.

En la pantalla podemos visualizar tanto el modo gráfico de las puntuaciones consensuadas, como los puntos máximos asociados a cada criterio del Modelo, además de poder visualizar en otra área la información de las gráficas en formato tabular.

Figura 17: Resultados por criterio



Fuente: Club de Excelencia en Gestión

## 8.6 LA EXCELENCIA EN ESPAÑA

Hoy más que nunca, las organizaciones deben contar con un sistema de gestión que les ayude a enfrentarse a los desafíos que están irrumpiendo en el mercado global, y a abordar el proceso de transformación al que tienen que hacer frente para superarlos.

El Modelo EFQM de Excelencia y la metodología de autoevaluación asociada permiten a las organizaciones realizar un diagnóstico, estableciendo en qué nivel se encuentran en su camino hacia la Excelencia y, lo que es más importante, identificar y analizar las oportunidades para continuar avanzando.

### 8.6.1 EL CLUB EXCELENCIA EN GESTIÓN (CEG)

El Club Excelencia en Gestión es una asociación sin fines lucrativos fundada en 1991 por 21 grandes organizaciones con el objetivo de impulsar una entidad que ayudara a

las organizaciones españolas a ser más competitivas a través de la búsqueda de la Excelencia.

El CEG está formado por casi 300 organizaciones socias, procedentes de una amplia variedad de sectores, las cuales representan aproximadamente el 25% del PIB español. Cabe también destacar que un 40% de las empresas que cotizan en el IBEX35 son socias del Club.

Hace unos años, el CEG, consciente de los retos actuales, inició su propia transformación para evolucionar desde su estrategia original, exclusivamente orientada a promover la Calidad en Gestión, a otra más amplia y actualizada en la que conviven cuatro ejes estratégicos centrales, representados en la pirámide del siguiente gráfico:

Figura 18: Ejes estratégicos del Club de Excelencia en Gestión



Fuente: VI Informe de la Excelencia en España. 2009

El propósito de esta transformación, desde el Club Gestión de Calidad hacia el Club Excelencia en Gestión, fue adaptar su propuesta de valor a las necesidades reales de gestión de las organizaciones españolas. Dicho de otro modo, liderar con el propio ejemplo.

El primero de estos ejes estratégicos es la Transformación Responsable, a la que tienen que hacer frente las organizaciones españolas para poder competir y prosperar en el entorno cambiante de economía globalizada, incorporando los valores sociales en los procesos de gestión y decisión de las organizaciones.

Respecto a esta transformación, sería muy difícil realizarla sin Creatividad e Innovación que permitan a la organización transformar, en puntos de rentabilidad, ideas propias o de otros, aplicándolas a los productos y servicios que ofrece, a los procesos, canales, estructuras y, en general, a todo lo que hace dicha organización.

Por otra parte, sin emprendedores es imposible innovar. Por eso, otro de los ejes estratégicos del CEG es el Capital Humano Emprendedor. Esto sugiere que desde el punto de vista de los emprendedores, y desde las organizaciones, deberán fomentar la iniciativa y la asunción de riesgo.

Por último, el cuarto eje estratégico es la Excelencia en todas sus dimensiones, porque no podemos olvidarnos de que hay que “seguir haciendo bien todas las cosas que haya que hacer”. Para este eje, el referente ha sido, es y seguirá siendo el Modelo EFQM de Excelencia. Y por ello, el Club tiene una alianza con la European Foundation for Quality Management (EFQM), siendo la organización que la representa en España.

Para cada uno de estos cuatro ejes, el CEG está desarrollando herramientas y promoviendo grupos de trabajo para hacer propuestas innovadoras que ayuden a encontrar algunas respuestas a cada uno de estos retos.

En los últimos años, el CEG se ha centrado en promover una amplia cartera de actividades como: formación, tanto en el Modelo EFQM de Excelencia como en innovación y en las herramientas de gestión más avanzadas; la difusión de éstas a través de distintos productos y servicios; la organización de eventos y de foros de intercambio de experiencias; y, de modo relevante, la concesión del Sello de Excelencia Europea (máximo reconocimiento en gestión en España y en Europa, con excepción del EFQM Excellence Award).

### 8.6.2 EL SELLO DE EXCELENCIA EUROPEA

El Sello de Excelencia Europea, homologado con los “Levels of Excellence” de la EFQM, es, después del European Excellence Award, el máximo reconocimiento a la Excelencia en Gestión que se concede en Europa, según el sistema de la EFQM.

Esta distinción significa, para las organizaciones que la ostentan, un reconocido nivel de prestigio, Excelencia y eficacia en su gestión, eficiencia operativa y diferenciación en su entorno competitivo. En suma, denota una capacidad para mantenerse en altas cotas de Excelencia o continuar progresando hasta conseguirlas.



Los Sellos de Excelencia los conceden el Club Excelencia en Gestión y la EFQM, en una labor conjunta con seis Entidades Certificadoras: AENOR, APPLUS+, BUREAU VERITAS CERTIFICATION, LLOYD'S Register, SGS-ICS IBÉRICA S.A. y TÜV Rheinland Ibérica.

Se concede en cuatro niveles:

- Compromiso hacia la Excelencia
- Excelencia Europea 300
- Excelencia Europea 400
- Excelencia Europea 500

### 8.6.3 EMPRESAS ESPAÑOLAS LÍDERES EN EXCELENCIA EMPRESARIAL

A continuación se muestran las 28 organizaciones con el mayor nivel de Excelencia, es decir, aquellas que tienen un Sello de Excelencia Europea 500+ en vigor:



 (Dirección Ejecutiva de Circulación)	<p>Realizaron la transición al nuevo modelo liberalizado del Sector Ferroviario a la vez que ponían en servicio nuevas infraestructuras y mejoraban sus indicadores de calidad. Todo ello consecuencia del modelo estratégico de Adif y de su apuesta por el Modelo de Excelencia EFQM.</p>
	<p>La adopción del Modelo EFQM ha permitido al Puerto de Gijón incorporar mejoras constantes en la gestión, medir el avance logrado e identificar en cada ciclo de mejora nuevas oportunidades, contribuyendo a la consecución de los objetivos de la organización en relación al cliente, a la responsabilidad social corporativa y a la sostenibilidad.</p>
	<p>La ciudad de Alcobendas ha renovado el Sello de Excelencia Europea (500+) que acredita, junto a otros premios recibidos, el alto nivel y la calidad del servicio que el Ayuntamiento presta a todos los vecinos.</p>
	<p>El Banco Sabadell aspira a ser el banco mejor gestionado de España, por ello la Excelencia constituye un elemento clave para encarar cualquier reto empresarial.</p>

	<p>Banesto valora este reconocimiento internamente ya que premia la prioridad y la orientación que este banco da a sus clientes.</p>
	<p>El Modelo EFQM ha ayudado a esta empresa a estructurar su estrategia en torno a la Excelencia y la obtención de resultados sostenibles, orientando permanentemente su actividad hacia sus grupos de interés.</p>
	<p>Desde 2003, Caja Madrid utiliza el Modelo EFQM de Excelencia como una herramienta interna que facilita el desarrollo y mejora del modelo de gestión implantado en el Grupo, así como la incorporación y aplicación de enfoques innovadores que abarcan todos los conceptos de gestión.</p>
	<p>En Caja Navarra, gracias a la implantación del Modelo EFQM han visualizado de una mejor manera los procesos clave que la componen para, tras su medición, iniciar proyectos de optimización y de mejora.</p>
	<p>CEMITEC, gracias a la implantación del Modelo EFQM, en el último cuatrienio ha conseguido aumentar en un 80% el volumen de su actividad, incrementar su aportación a sus Grupos de Interés y el prestigio del centro, iniciar la creación de empresas innovadoras de base tecnológica y el Sello de Oro a la Excelencia, entre otros premios.</p>
	<p>El objetivo de la Clínica Moncloa desde el inicio de su andadura en el Modelo EFQM ha sido siempre aplicar éste a toda la organización, con el fin de conocer qué distancia ha recorrido la organización en el camino hacia la Excelencia y cuánto le queda por avanzar todavía.</p>
 (Club Excelencia en Gestión)	<p>El Club Excelencia en Gestión apuesta por este reconocimiento porque es un recurso importante para la transformación individual de la propia empresa, porque orienta el conocimiento de las necesidades de todos los grupos de interés, porque facilita la adaptación a los cambios. Esta organización aspira a ser una referencia para el resto de empresas.</p>

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

 <p>CARMELITAS VEDRUNA</p> <p>(Colegio Vedula)</p>	<p>La obtención del Nivel de Excelencia 500+ ha sido para este centro el mejor aval para los buenos resultados obtenidos. Y refuerza el estilo de este colegio basado en el trabajo en equipo y en la asunción sistemática de decisiones por consenso. Además de ser un estímulo para seguir trabajando con el Modelo EFQM.</p>
 <p>CEPSA Refinería "La Rábida"</p>	<p>Para Cepsa Refinería "La Rábida" este reconocimiento ha supuesto un gran orgullo para la empresa y la anima a seguir con los mismos pilares básicos de: seguridad, medioambiente y calidad.</p>
 <p>ENUSA INDUSTRIAS AVANZADAS, S.A.</p>	<p>Desde 2006 esta empresa lleva implantando una política de Excelencia en Gestión, de mejora y de superación constante, que engloba su estrategia de Responsabilidad Social Corporativa.</p>
 <p>aparejadores Escuela Universitaria de Arquitectura Técnica de Sevilla</p>	<p>Para la Escuela Universitaria de Arquitectura Técnica de la Universidad de Sevilla y todos los agentes relacionados con ella, la obtención del Sello 500+ ha servido evidenciar que el enorme esfuerzo colectivo llevado a cabo por ellos desde hace más de 12 años, ha valido la pena.</p>
 <p>I.E.S. NAVARRO VILLOSLADA</p>	<p>Los centros de enseñanza públicos son ejemplos de alta concentración de talento individual y colectivo, el escenario donde las personas tienen planes de mejora individuales y de equipo, pensados siempre en la mejora de la educación.</p>
 <p>iberCaja</p>	<p>IberCaja apuesta por el Modelo EFQM de gestión por su clara referencia a la organización y su orientación hacia la Excelencia.</p>
 <p>instituto cuatrovientos</p>	<p>La aplicación del modelo EFQM en el Instituto Cuatrovientos les ha permitido trabajar en la consecución de su Misión, "la formación integral de personas", incorporando en cada etapa educativa actividades que han mejorado las competencias personales y profesionales.</p>

	<p>La adopción de los principios de la Excelencia han supuesto una serie de mejoras en Red Eléctrica, como son, la mejora continua de todos sus procesos y áreas, la contribución al desarrollo sostenible responsable, y la mejor orientación hacia sus grupos de interés.</p>
	<p>Este Organismo Autónomo de Recaudación Provincial tiene la ambición de convertirse en una de las mejores organizaciones públicas del país. Comenzaron a implantar el Modelo EFQM en 2001, y, tras la cuarta evaluación, han obtenido el Sello de Excelencia 500+ y el premio de Excelencia a la Gestión Pública del MAP.</p>
	<p>Seur viene implantando el Modelo EFQM desde 2002, ya que buscaban un modelo de gestión que les permitiese sistematizar su capacidad de liderar un sector tan competitivo como es el del transporte urgente.</p>
	<p>Desde su nacimiento, Siemens viene dando respuesta, desde la Innovación, a los retos presentes y futuros de sus clientes, contribuyendo así al progreso de la sociedad. La Excelencia es para esta empresa un sinónimo de mejora continua y fidelidad de sus clientes.</p>
<p>Colegio San Cernin</p> 	<p>Para el Colegio San Cernin el reconocimiento Excelencia Europea (500+) lo es a una trayectoria en la que la mejora continua ha sido el eje de su actuación.</p>
	<p>Telefónica tiene un alto compromiso con la calidad y con la mejora continua, por lo que la consecución del Sello de Oro de Excelencia Europea les anima a continuar y a prosperar.</p>
	<p>TNT España viene aplicando el Modelo EFQM desde 2001, la filosofía del mismo ayuda a esta empresa en la consecución de sus objetivos y garantiza la mejora de su gestión, rentabilidad, calidad del servicio, su imagen externa, su impacto en la sociedad y permite trasladar sus mejoras al cliente.</p>
	<p>La concesión del Sello de Excelencia Europea 500+ reconoce a la Universidad Castilla-La Mancha como una institución eficaz y competitiva, que hace un uso</p>

	eficiente de los recursos y que es exportable al conjunto de las universidades.
	Para la Universidad Miguel Hernández lo útil de este reconocimiento es que les señala dónde y cómo deben mejorar.
	La obtención del Sello de Excelencia Europea 500+ ha supuesto una gran satisfacción para esta Universidad, ya que éste supone el reconocimiento a una labor de años en la que se ha visto implicada toda la organización.

## 8.7 NIVELES EFQM DE EXCELENCIA

Los niveles de excelencia se crearon en 1992 a propuesta de la Comisión Europea, la Organización Europea para la Calidad (OEC) y la EFQM, para ofrecer a las organizaciones un reconocimiento común a toda Europa para cada una de las etapas que se contemplan en el camino hacia la excelencia. El proceso de solicitud proporciona a la organización una evaluación externa imparcial de la posición que ocupa frente al modelo EFQM, a la vez que le proporciona orientación en sus procedimientos de autoevaluación. Basándose en los informes de equipos de evaluadores acreditados, un Jurado selecciona a los galardonados, y entre éstos se entrega el premio europeo a la calidad al mejor de ellos, así como otros reconocimientos y menciones.

Los objetivos que se persiguen con los niveles EFQM de excelencia son:

- Ofrecer a las organizaciones oportunidades de reconocimiento, contemplando diferentes niveles de excelencia.
- Incrementar al máximo el número de organizaciones que aplican los principios del modelo EFQM para la mejora.
- Proporcionar informes independientes de las evaluaciones, para apoyar a las organizaciones en sus esfuerzos de mejora.
- Ofrecer productos y servicios prácticos que ayuden a las organizaciones a mejorar, desde un enfoque global, sus niveles de excelencia.

Se contemplan los siguientes niveles de excelencia:

### 8.7.1 COMPROMISO HACIA LA EXCELENCIA/COMMITTED TO EXCELLENCE

Mediante este proceso de reconocimiento se ayuda a la organización a identificar el nivel de gestión en el que se encuentra y, más importante, a establecer acciones de mejora para encaminar su gestión hacia la Excelencia.

Se puede acceder al nivel de Compromiso hacia la Excelencia cuando el resultado del proceso de autoevaluación da como resultado un posicionamiento igual o superior a 200 puntos del Modelo EFQM de Excelencia.

El proceso se lleva a cabo mediante las siguientes fases:

#### 8.7.1.1 AUTOEVALUACIÓN

En esta fase, la organización realizará una autoevaluación con respecto a los nueve criterios del Modelo EFQM de Excelencia, utilizando la herramienta informática PERFIL@CEG, bien en su versión Cuestionario, bien en su versión REDER. Los datos resultantes permitirán a la organización solicitante conocer cuál es su nivel de gestión y utilizar la información obtenida para establecer e implantar acciones de mejora.

Las organizaciones que deseen solicitar el reconocimiento deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Es necesario evaluar todos y cada uno de los criterios del Modelo EFQM de Excelencia.
- El proceso de autoevaluación debe recoger una amplia gama de aportaciones del equipo de Dirección de la organización que solicita el reconocimiento. Es muy conveniente recoger también las aportaciones de un conjunto más amplio de empleados y de otros grupos de interés.
- A partir de los resultados de la autoevaluación, se deben identificar puntos fuertes que se deben potenciar y áreas de mejora, en las que se debe actuar sobre ellas para mejorarlas.
- Finalmente, la organización deberá contar con un informe de autoevaluación y diagnóstico homologado por un licenciario de autoevaluación.
- Como caso excepcional para este nivel, la homologación del informe no es imprescindible, si la organización tiene 200 o más puntos EFQM y posee un Certificado ISO 9.001:2.000 vigente de su sistema de gestión, obtenido hace más de un año, y entregado por organismo competente.

- Puede haber un acuerdo de convalidación en vigor con algunos de los premios o sistemas de evaluación o acreditación existentes a nivel autonómico, nacional o internacional basados en la EFQM, y que sean reconocidos por el Esquema de Reconocimiento.

### 8.7.1.2 ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA

En esta segunda fase, y tomando como base la autoevaluación realizada, la organización deberá establecer una relación de acciones de mejora, que tienen que ser priorizadas conforme a:

1. Impacto que tienen tales acciones de mejora sobre la organización.
2. Capacidad que tiene la organización para implantarlas, y
3. Ranking que se establece conforme a tales criterios.

Esta priorización tendrá como consecuencia la definición de un Plan de Mejora e implantación de, al menos, tres acciones de mejora derivados de la autoevaluación realizada. Por último, se procederán a poner en marcha dichas acciones, que deberían culminar con la implantación eficaz de las mejoras en la organización.

### 8.7.1.3 VISITA DE VALIDACIÓN

En esta etapa, la organización debe demostrar que se han desplegado las mencionadas acciones de mejora, lo cual será comprobado por un validador independiente (perteneciente a la Entidad de Certificación reconocida y al Club de Evaluadores del CEG) en el momento de la visita. La visita tendrá lugar entre los seis y nueve meses posteriores a la entrega de la documentación (Autoevaluación homologada y Plan de Mejora) de la organización solicitante.

Para ratificar un Plan de Mejora por validado, como mínimo se requiere que dos de las tres acciones de mejora presentadas por la organización solicitante estén totalmente finalizadas, existiendo resultados que avalen las mejoras obtenidas. Es decir, deben satisfacer el perfil de validación para todos los elementos exigidos. La tercera acción de mejora debe satisfacer el perfil de validación para al menos los elementos de Enfoque de la acción de mejora y el despliegue e implantación de dicha acción. La organización solicitante debe demostrar que las iniciativas tomadas están sólidamente fundamentadas. Este sistema permite evaluar el compromiso con la mejora de todos los solicitantes con arreglo a un estándar común.

Las organizaciones que logren el reconocimiento recibirán un certificado de confirmación. Las que no logren el reconocimiento, en el informe escrito sobre su validación, hallarán información sobre lo que deben mejorar antes de solicitar de nuevo el reconocimiento.

Las organizaciones que no consiguen el reconocimiento con una primera visita pueden solicitar una nueva fecha para validar su Plan de Mejora, aunque deben ponerse en contacto con la Entidad de Certificación ya que la nueva visita conlleva costes. Dispondrán de un plazo máximo de 3 meses a partir de la fecha de la primera visita y deberán utilizar el mismo Plan de Mejora. Esto significa que pueden seguir con las mismas tres acciones de mejora originales o sustituir alguna por otra que estuviese incluida en el Plan de Mejora pero con una prioridad menor (es decir, derivada de la Autoevaluación original).

En todo caso, si pasados 3 meses desde la visita de validación se quiere solicitar un nuevo reconocimiento se podrá volver a solicitar el reconocimiento debiéndose iniciar otro proceso nuevo con una nueva autoevaluación.

### 8.7.1.4 ENVÍO DE EXPEDIENTE AL CEG

Una vez acabada la evaluación de la organización solicitante, la Entidad Certificadora enviará una copia del expediente con todos los registros del proceso de evaluación al Club Excelencia en Gestión para la concesión, si procede, del reconocimiento español Sello de Excelencia y de su homólogo europeo Levels of Excellence de la EFQM (convalidación automática).

#### **Validez del certificado y Renovación:**

El periodo de validez del certificado Compromiso hacia la Excelencia es de dos años, y para su renovación, se realizará un nuevo proceso cuya duración será la misma que el de la evaluación realizada en su proceso de concesión inicial.

En los casos de renovación del mismo nivel de reconocimiento no es imprescindible la homologación de la autoevaluación por parte de un Licenciario.



### 8.7.2 EXCELENCIA EUROPEA 300+/RECOGNISED FOR EXCELLENCE 3 STARS

Mediante este proceso de reconocimiento la organización identifica el nivel de gestión en el que se encuentra y, todavía más importante, elabora una Memoria descriptiva de las actividades de gestión y resultados conseguidos.

Al nivel de Excelencia Europea 300+ se puede acceder cuando el resultado obtenido en el proceso de autoevaluación realizado por la organización iguala o supera los 300 puntos en el Modelo EFQM de Excelencia.

El proceso a seguir está compuesto por cuatro fases:

#### 8.7.2.1 AUTOEVALUACIÓN

En esta fase, la organización realizará una autoevaluación con respecto a los nueve criterios del Modelo EFQM de Excelencia, utilizando la herramienta informática PERFIL@CEG, bien en su versión Cuestionario, bien en su versión REDER. Los datos resultantes permitirán a la organización solicitante conocer cuál es su nivel de gestión y utilizar la información obtenida para establecer e implantar acciones de mejora.

Las organizaciones que deseen solicitar el reconocimiento deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Es necesario evaluar todos y cada uno de los criterios del Modelo EFQM de Excelencia.
- El proceso de autoevaluación debe recoger una amplia gama de aportaciones del equipo de Dirección de la organización que solicita el reconocimiento. Es muy conveniente recoger también las aportaciones de un conjunto más amplio de empleados y de otros grupos de interés.
- A partir de los resultados de la autoevaluación, se deben identificar puntos fuertes que se deben potenciar y áreas de mejora, en las que se debe actuar sobre ellas para mejorarlas.
- Finalmente, la organización deberá contar con un informe de autoevaluación y diagnóstico homologado por un licenciario de autoevaluación.
- Puede haber un acuerdo de convalidación en vigor con algunos de los premios o sistemas de evaluación o acreditación existentes a nivel autonómico, nacional o internacional basados en la EFQM, y que sean reconocidos por el Esquema de Reconocimiento.

### 8.7.2.2. ELABORACIÓN DE UNA MEMORIA

En esta segunda fase, la organización solicitante deberá presentar una Memoria donde describa sus diversas actividades de gestión y los resultados conseguidos, según los criterios del Modelo EFQM de Excelencia.

Esta Memoria deberá contener como máximo 44 páginas, y en ella se pide a la organización solicitante que aporte evidencias de cómo abordan los diferentes Criterios Agentes, y de la medida en que sus métodos han sido puestos en práctica. Para los Criterios Resultados, la organización aportará los datos y resultados obtenidos, y que muestren las tendencias seguidas en la gestión a lo largo del tiempo.

### 8.7.2.3. ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN Y MEMORIA

La revisión de la documentación será realizada por profesionales formados y experimentados del Club de Evaluadores, que formarán un Equipo Evaluador mixto integrado por personal de la Entidad de Certificación y externos. Se distribuirá una copia de toda la documentación recibida de la organización solicitante a todos los integrantes de dicho Equipo, como mínimo un mes antes de la fecha de evaluación, para realizar su estudio y revisión.

Todos los miembros del Equipo Evaluador analizan los resultados obtenidos en la autoevaluación realizada por la organización junto con la memoria técnica. Una vez revisada la documentación, se celebrará una reunión de consenso previa a la visita por parte del equipo evaluador.

### 8.7.2.4. VISITA DE EVALUACIÓN

En esta visita, el Equipo Evaluador va a verificar y evaluar que todas las actividades de gestión recogidas en la Memoria están implantadas y se ejecutan realmente en sus instalaciones. La organización deberá suministrar al Equipo Evaluador la información necesaria, así como autorizar el acceso a las instalaciones, personal y registros para que el equipo evaluador pueda verificar que el despliegue realizado es acorde con la documentación entregada previamente.

La visita de evaluación tiene las siguientes etapas:

- Reunión inicial.
- Vista de evaluación.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

- Reunión de consenso del equipo evaluador a la finalización de la visita.
- Reunión final con la organización y comunicación del resultado.

Dependiendo del resultado del proceso de evaluación, el Equipo Evaluador puede determinar las siguientes situaciones:

- El Equipo Evaluador decide que el Sello puede ser recomendado inmediatamente, ya que la organización solicitante ha conseguido la puntuación necesaria.
- El Equipo Evaluador decide no recomendar el Sello, ya que la organización solicitante no ha conseguido la puntuación necesaria. En este caso, se estudiará la posibilidad de realizar una visita extraordinaria dentro de los 90 días posteriores a la fecha de presentación del informe final a la organización, siempre y cuando sea factible la consecución del reconocimiento. Esta visita extraordinaria se centrará en las áreas de mejora indicadas en el informe final, y debe ser completada en un periodo inferior a los noventa días de la visita.
- En cualquier caso es importante reseñar que una organización que opte a este nivel, en caso de no alcanzar una puntuación igual o superior a 300 puntos, obtendrá el reconocimiento de Compromiso hacia la Excelencia, siempre y cuando haya justificado tres acciones de mejora como requiere dicho nivel.

### 8.7.2.5. ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL

Como consecuencia del proceso, se elabora un informe de evaluación en el que se recogen los puntos fuertes y las áreas de mejora de la organización.

### 8.7.2.6. ENVÍO DE EXPEDIENTE AL CEG

Una vez acabada la evaluación de la organización solicitante, la entidad certificadora enviará una copia del expediente con todos los registros del proceso de evaluación al Club Excelencia en Gestión para la concesión, si procede, del reconocimiento español Sello de Excelencia y de su homólogo europeo Levels of Excellence de la EFQM (convalidación automática).

#### **Validez del certificado y Renovación:**

El periodo de validez del certificado de Excelencia Europea 300+ es de dos años, y para su renovación, se realizará un nuevo proceso cuya duración será la misma que el de la evaluación realizada en su proceso de concesión inicial.

En los casos de renovación del mismo nivel de reconocimiento no es imprescindible la homologación de la autoevaluación por parte de un Licenciario.

### **8.7.3. EXCELENCIA EUROPEA 400+/RECOGNISED FOR EXCELLENCE 4 STARS**

Al nivel de Excelencia Europea 400+ se puede acceder cuando el resultado obtenido en el proceso de autoevaluación realizado por la organización iguala o supera los 400 puntos en el Modelo EFQM de Excelencia. El proceso de reconocimiento tiene los mismos pasos que el nivel de Excelencia Europea 300+

### **8.7.4. EXCELENCIA EUROPEA 500+/REGONISED FOR EXCELLENCE 5 STARS**

Al nivel de Excelencia Europea 500+ se puede acceder cuando el resultado obtenido en el proceso de autoevaluación realizado por la organización iguala o supera los 500 puntos en el Modelo EFQM de Excelencia. Es el Premio más prestigioso a la Excelencia y constituye el nivel superior dentro de los Niveles EFQM de Excelencia. El proceso de reconocimiento es igual al del nivel de Excelencia Europea 300+ y 400+ exceptuando el formato de la Memoria que será de 75 páginas.

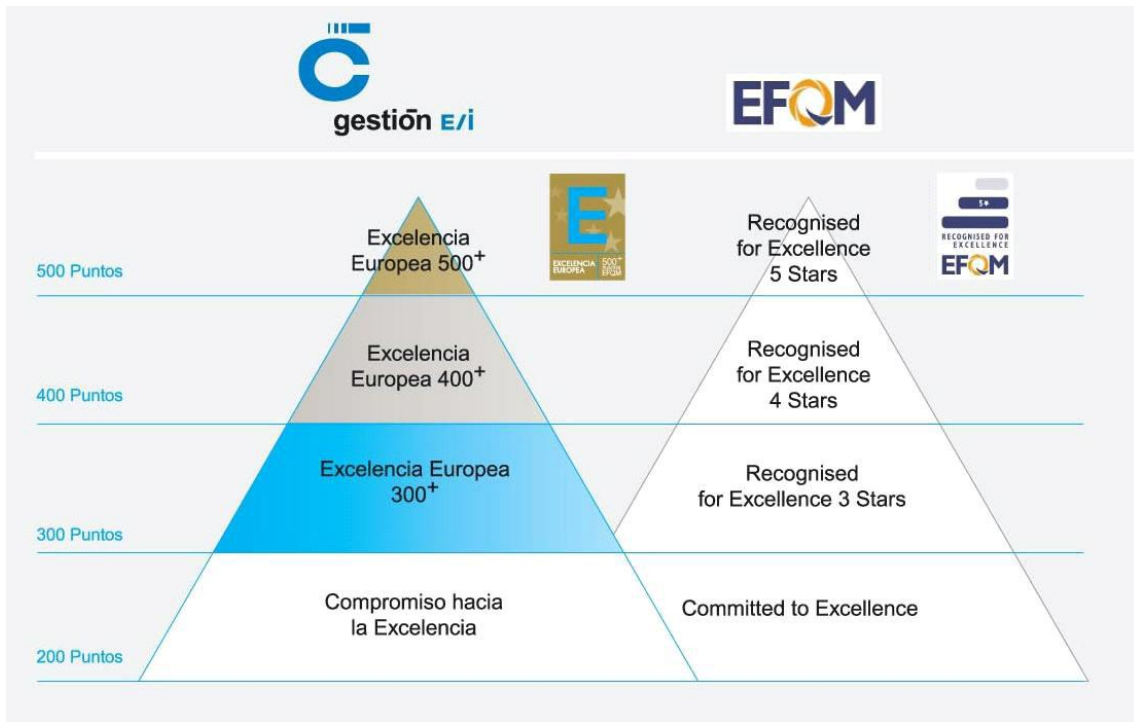
### **8.7.5. CONVALIDACIÓN CON EL RECONOCIMIENTO DE EFQM**

Una vez obtenido el Sello de Excelencia Europea, la organización recibirá automáticamente el reconocimiento equivalente de la EFQM aplicable a toda la Unión Europea.

Dicha convalidación exime a la organización de tener que realizar actividades añadidas de evaluación y, en consecuencia, exime del pago de cualquier cargo adicional. Es decir, la organización recibirá dos certificados: el español y el europeo.

La representación gráfica de esta convalidación automática se muestra a continuación:

Figura 19: Convalidación con el reconocimiento de la EFQM



Fuente: Guía Esquema de Reconocimiento. Sello de Excelencia Europea

Las Entidades de Certificación reconocidas por el CEG y miembros de la Coalición y del Esquema de Reconocimiento a la Excelencia, como ya se han citado en el punto 8.6.2, son:

Figura 20: Entidades de Certificación reconocidas por el CEG



Fuente: Guía Esquema de Reconocimiento. Sello de Excelencia Europea

## 8.8. EL PREMIO EUROPEO A LA CALIDAD/ EUROPEAN QUALITY AWARD

El Premio Europeo a la Calidad es el galardón más prestigioso a la Excelencia de las organizaciones y corresponde al nivel más alto de los Niveles EFQM de Excelencia.

Nació en 1991 de la mano de la European Organization for Quality (EOQ), la European Foundation for Quality (EFQM) y la Comisión Europea.

Este Premio pone bastante énfasis en la importancia de la autoevaluación, que es la base del mismo. Parte de que la satisfacción del cliente, de los empleados, y el impacto positivo en la sociedad se consiguen mediante iniciativas de liderazgo, política y estrategia, gestión del personal, recursos y procesos, que a su vez llevan a la empresa a la Excelencia.

El Premio Europeo amplía la noción de la Calidad y va más allá de lo que es la propia empresa, incorporando la responsabilidad social como un criterio de la gestión empresarial.

A este Premio puede acceder a cualquier organización europea y se centra en el reconocimiento de la Excelencia y en proporcionar resultados detallados para las organizaciones que opten al premio con el fin de ayudarles en su continuo proceso hacia la Excelencia.

Hay cuatro niveles de reconocimiento a los que las organizaciones pueden acceder:

### 8.8.2. GANADOR DEL PREMIO EUROPEO A LA CALIDAD/EUROPEAN QUALITY AWARD WINNER

El European Quality Award (Premio Europeo a la Calidad), premia anualmente a las compañías que sean el máximo exponente de la gestión de la calidad total en Europa Occidental en una de las siguientes categorías:

- Grandes empresas
- Unidades operativas
- PYMES independientes
- PYMES subsidiarias
- Sector público

Los ganadores del Premio Europeo a la Calidad son organizaciones excepcionales que pueden servir como ejemplo a otras organizaciones tanto a nivel europeo como global.

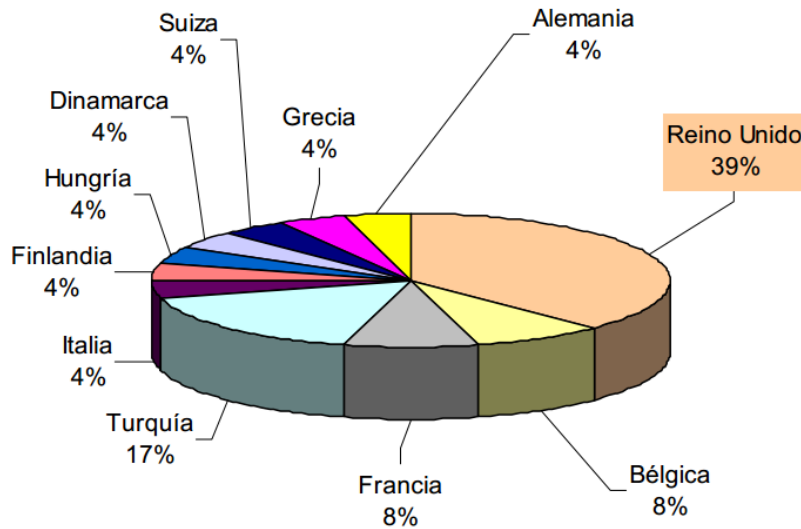
Para que se le conceda el premio la organización debe presentar ante el organismo EFQ, una solicitud, y elaborar una memoria firmada por la alta Dirección, que

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

describirá las actividades/resultados de la empresa estructurados según los criterios del Modelo.

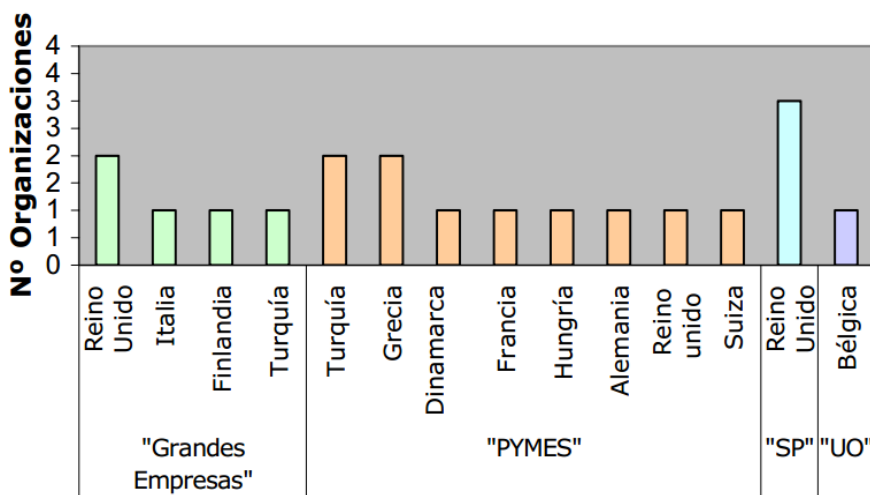
Así, la EFQM evaluará los resultados y actividades descritos en la Memoria y realizará la preselección de finalistas por categorías. Más tarde, el equipo de evaluadores de la EFQM realizará una visita de evaluación, validación y ampliación de datos de la memoria, asignando una puntuación final.

Figura 21: Empresas "Award Winner"



Fuente: Fundación Europea para la Gestión de Calidad

Figura 22: "Award Winner" por categoría y país



Fuente: Fundación Europea para la Gestión de Calidad

### **8.8.3. GANADOR DE UN PREMIO EUROPEO A LA CALIDAD/EUROPEAN QUALITY AWARD PRIZE**

Este premio se otorga anualmente a un determinado número de empresas que demuestran la Excelencia en su gestión de calidad como en su proceso básico de mejora continua.

### **8.8.4. FINALISTA AL PREMIO EUROPEO A LA CALIDAD**

Cada año el jurado define un nivel superado tan solo por aquellas organizaciones que opten al Premio y sean consideradas finalistas al Premio. Pueden resultar finalistas varias organizaciones en cada categoría. Los finalistas son organizaciones que demuestran un alto grado de Excelencia en la gestión de la calidad así como en sus procesos más importantes y pueden considerarse como un ejemplo a seguir en algunas áreas determinadas.

### **8.8.5. RECONOCIMIENTO A LA EXCELENCIA**

Desde 2001 existe un nuevo nivel de reconocimiento, el Reconocimiento a la Excelencia, que indica que la organización está bien gestionada y puede aspirar a ser un modelo para otras organizaciones. Existen dos formas de obtener este reconocimiento:

- Haber optado al Premio Europeo de la Calidad y no haber obtenido calificación de finalista, siempre y cuando con su puntuación tengan opción a visita. Si en la vista se confirma que la puntuación es superior a 400 puntos, la organización obtendrá el Reconocimiento a la Excelencia.
- Que la organización envíe una solicitud directa del Reconocimiento a la Excelencia por medio de un proceso de demanda.



## 9. **IMPLANTACIÓN DEL MODELO**

La adecuada aplicación del Modelo Europeo EFQM en la clínica tiene que constar de las siguientes etapas:

### Fase 1:

- Jornada de sensibilización para el personal de la empresa.
- Publicar el compromiso de la Dirección de la empresa.
- Designar el coordinador del Proyecto de Implantación.
- Diseñar el Plan del “Sistema de Gestión EFQM”

### Fase 2:

- Redactar el “Manual de Organización de la Empresa” y el “Manual de Excelencia Empresarial”.
- Redactar los Procesos y el Manual de Procedimientos.
- Implantar el Sistema de Gestión de la Calidad Total.

### Fase 3:

- Autoevaluación según el Modelo EFQM.
- Implantación de acciones de mejora.

### Fase 4:

- Elaboración de la Memoria EFQM.
- Visita de evaluación.
- Elaboración del informe final.
- Envío del expediente al Club de Excelencia en Gestión.

Es necesario añadir, que para la Fase 4 se ha supuesto que la empresa aspira a la obtención del Nivel de Excelencia Europea 300+, en esencia todos los pasos a seguir son iguales cuando se aspira a cualquier nivel de Excelencia, no obstante, pequeños detalles como el número de páginas de la Memoria EFQM y ciertos plazos sí que sufren modificaciones de un nivel a otro.

### 9.1. JORNADA DE SENSIBILIZACIÓN PARA EL PERSONAL DE LA EMPRESA

La sensibilización debe ser un proceso de facilitación, reflexión y concientización del personal hacia el cambio, que genere condiciones que creen un ambiente favorable para la implantación del modelo de calidad.

El éxito de los cambios depende del compromiso de los directivos y el personal de la empresa.

En todas las empresas siempre hay individuos que se resisten más al cambio que otros. Por ello, hay que concienciar al personal para que considere que los cambios no pueden imponerse desde afuera, tienen que asumirse internamente, cada quién en su persona, y que se requiere que todo el personal esté convencido de los beneficios del cambio, para que el Modelo de Calidad tenga éxito.

Se deberán fomentar las actitudes positivas como las siguientes, para facilitar el trabajo en equipo y el logro de los objetivos en la implantación del Modelo:

- Realizar propuestas propositivas.
- Tener conciencia de los beneficios del cambio.
- Apoyar intensamente los cambios.
- Involucrarse plenamente y de tiempo completo.
- Fomentar y apoyar el trabajo en equipo.
- Participar con una actitud positiva.
- Establecer por convicción una Cultura de Calidad y de mejora continua en la empresa.
- Modificar malos hábitos personales y de trabajo.
- Aclarar malos entendidos y cubrir los vacíos de información.

Además de concienciar a todo el personal, es de suma importancia el fomentar reuniones con las personas de más alto rango de la Dirección, a fin de implicar a todos los altos directivos en la necesidad de aplicar el Modelo EFQM. A continuación se proponen algunas actividades de sensibilización que pueden organizarse en torno a seminarios contextuales dirigidos hacia altos directivos:

- Introducir el Modelo EFQM mediante la presentación de los conceptos fundamentales de la Excelencia.
- Definir, mediante la reflexión colectiva, las necesidades de la organización en base al Modelo EFQM.
- Determinar y establecer las diferencias entre el Modelo EFQM y otros Modelos de Calidad Total.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Explicación de la filosofía del Modelo EFQM como instrumento estratégico para el desarrollo y supervivencia de la organización.
- Análisis de la inversión necesaria para la implantación del Modelo EFQM y de la predicción de su rentabilidad a corto y medio plazo.

Se debe de comunicar a los directivos y a todo el personal sobre el proceso que va a implantarse en la clínica, cuál va a ser la responsabilidad de cada una de las personas que trabajan en la organización y cómo pueden incorporarse y colaborar con el proyecto de mejora.

### **9.2. PUBLICAR EL COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN DE LA EMPRESA**

El director general deberá llevar a cabo el compromiso de la Dirección, que se basará en la comunicación, definición de la política y objetivos de calidad, revisiones del sistema y disponibilidad de los recursos necesarios. Deberá ser un pronunciamiento público pero podrá ser verbal o escrito, en el que la Dirección de la empresa hará patente su compromiso de implantar el Sistema de Calidad EFQM.

Podrá proceder también, una reunión de la Dirección de la clínica con todos los departamentos, en grupos, para comunicarles personalmente su compromiso, demostrando con su ejemplo que asume el liderazgo del mismo.

Por tanto, la Dirección deberá actuar como ejemplo, siendo desaconsejable que pidiera a sus colaboradores directos que modifiquen sus hábitos de trabajo, permaneciendo ella en los antiguos procedimientos. La gestión de la organización está dedicada esencialmente a la gestión de los problemas humanos y requiere una transparencia efectiva y afectiva por parte de todos los directivos que deberá ser demostrada con el ejemplo del respeto a los demás.

### **9.3. DESIGNAR EL COORDINADOR DEL PROYECTO DE IMPLANTACIÓN**

El director general será quien designe al coordinador del proyecto de implantación del Modelo EFQM. Algunos de los criterios más apropiados a tener en cuenta a la hora de elegir al coordinador se exponen a continuación:

- Que tenga una experiencia relevante, es decir, una experiencia crítica en el proceso que se está estudiando y se desea cambiar.

- Que sea respetuoso con los otros miembros del equipo.

Por otro lado, al elegir al coordinar también hay que tener en cuenta lo siguiente:

- El rol del coordinador de la implantación necesitará casi un tiempo completo. Esto puede afectar la selección de la persona o hacer que la persona seleccionada se separe de sus funciones regulares.

En algunas ocasiones, el director general de la organización es quien se convierte en el líder de la implantación.

### 9.4. DISEÑAR EL PLAN DEL “SISTEMA DE GESTIÓN EFQM”

El Plan del “Sistema de Gestión EFQM” consiste en un documento que especifica qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse a un proyecto, proceso, producto o contrato específico.

Para ello la empresa deberá:

- Definir la concepción del Manual de la Calidad y su responsable.
- Identificar los Procedimientos operativos necesarios a desarrollar y sus responsables.
- Definir los datos y elementos complementarios necesarios a desarrollar.
- Establecer el plan de desarrollo del Plan y de su implantación.
- Organizar el desarrollo del proyecto de implantación del Sistema de Calidad adaptado a las características de la empresa, para garantizar la implicación de todos en él.

### 9.5. REDACTAR EL “MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LA EMPRESA” Y EL “MANUAL DE EXCELENCIA EMPRESARIAL”

El “Manual de Organización de la empresa” es un documento que incluye las definiciones de todos los puestos de trabajo de la empresa, así como las funciones de los mismos. Un manual tendrá, como mínimo, los siguientes puntos:

- Portada
- Presentación: descripción breve del contenido del manual

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

- Índice
- Antecedentes: incluirá una reseña breve de la empresa y de los documentos en que anteriormente se han integrado las funciones de los trabajadores, así como de las razones que motivaron a realizar el manual.
- Marco normativo: En el que se refieren las normas que fundamentan las funciones establecidas en el análisis de puesto
- Objetivos de la empresa
- Organigrama
- Descripción de puesto por áreas

Por otro lado, también se redactará el “Manual de Excelencia Empresarial”, documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de la organización, además de los responsables afectados al mismo. Éste deberá ser redactado por la coordinadora de calidad y firmado por el director gerente y el administrador, pero antes deberá ser revisado por:

- La directora médica
- La coordinadora de calidad
- El/la responsable de las instalaciones
- El/la director de administración
- El/la responsable de enfermería
- El/la responsable de laboratorio
- El/la responsable de hemodiálisis
- El/la jefe/a de servicio TCO
- El/la responsable de hemodinámica
- El/la responsable de neurofisiología
- El/la responsable de admisión
- El/la responsable de farmacia
- El/la responsable de anatomía patológica
- El/la responsable de esterilización y quirófano
- El/la responsable de radioterapia
- El/la responsable de medicina nuclear
- El/la responsable de oncología
- El/la responsable de resonancia magnética

Esta redacción implica a todos los miembros de la empresa de asumir y aceptar los contenidos del Manual y comprometerse a su aplicación en sus respectivos puestos de trabajo para conseguir el correcto funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad de la organización.

## **9.6. REDACTAR LOS PROCESOS Y EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

Los procesos son el conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados, mientras que los procedimientos son la forma específica de llevar a cabo una actividad o un proceso.

En este caso, se definirán las actividades relativas a los Procesos de la organización, al objeto de evaluar las bases sobre las cuales se asientan los mismos y poder así identificar las necesidades objeto de la Planificación para su mejor realización. Éste se revisará y actualizará anualmente, los criterios de validación del mismo lo constituirá esencialmente el cumplimiento de los objetivos establecidos para los procesos.

Así en la redacción de los Procesos y Procedimientos se llevarán a cabo las siguientes actuaciones:

- Escribir todos los Procedimientos operativos identificados, en programa de equipos o unidades de trabajo.
- Elaborar la documentación de los Procedimientos operativos: hojas de chequeo, partes, rutas, impresiones, etc.
- Discutir con los responsables afectados por los diversos Procedimientos operativos, el Manual de la Calidad para adaptarlo o crear con ellos los lineamientos específicos productivos.

## **9.7. IMPLANTAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL**

En la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad Total los pasos a seguir se exponen a continuación:

- Reuniones con el personal, para explicar los Procedimientos operativos que le afecten a cada uno y hacer su implantación.
- Reuniones con el personal, para ayudar a la aplicación práctica de los Procedimientos operativos que le afecten a cada uno, para su implantación real.
- Aplicación con los responsables afectados por los diversos Procedimientos operativos, redacción del Manual de la Calidad conforme, y detección de posibles problemáticas y sus acciones correctivas.
- Cerciorarse de la implantación en completo funcionamiento los Procedimientos operativos de la empresa

## 9.8. AUTOEVALUACIÓN SEGÚN EL MODELO EFQM

La Autoevaluación es un proceso de reflexión interna mediante el cual se analiza el grado de excelencia tanto en la gestión de la unidad como en los resultados obtenidos tomando como referencia el Modelo EFQM de Excelencia.

Los resultados obtenidos en una autoevaluación son los siguientes:

- Puntos Fuertes de la unidad organizativa.
- Áreas de Mejora de la unidad organizativa (también llamadas Oportunidades de Mejora).
- Puntuación global como medida del grado de excelencia de la unidad organizativa (medido en una escala de 0 a 1000).

Como resultado de una Autoevaluación conviene que la Dirección de la unidad organizativa implante un Plan de Mejora que, centrada en una o varias de las Oportunidades de Mejora detectadas, permita mejorar su grado de Excelencia.

La aplicación sistemática de autoevaluaciones periódicas y la implantación de los correspondientes Planes de Mejora constituyen una potentísima herramienta para la mejora continua de las organizaciones.

La autoevaluación no puede ser algo aislado, sino que debe formar parte integrante del propio proceso general de planificación de la organización. Constará de dos fases:

1. Pase de la herramienta de autoevaluación: el cuestionario.
2. Tratamiento, Resultados y Análisis de la herramienta de autoevaluación.

### 9.8.1. FASE 1: PASE DE LA HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN: EL CUESTIONARIO

La unidad organizativa debe formar un equipo de autoevaluación integrado por personal de la misma que sea representativo de sus diferentes áreas, todos ellos coordinados por un facilitador interno. En una primera autoevaluación se recomienda que dicho equipo esté formado por personal directivo y con responsabilidad en la gestión, y en autoevaluaciones siguientes se recomienda la incorporación al proceso de personal con responsabilidad operativa.

Se utilizará la Matriz de Autoevaluación para cada uno de los 9 criterios en los que se subdivide el Modelo EFQM. Se realizarán una serie de reuniones en las que se sitúe a la organización en uno de los cinco niveles asignados a cada subcriterio. Es posible que

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

en estas reuniones se genere un debate sobre la asignación de uno u otro nivel. Esta es una fuente de información muy valiosa que deberá almacenarse adecuadamente pues servirá como punto de partida a la hora de determinar los puntos fuertes y débiles resultados de la autoevaluación.

El personal de la clínica deberá determinar los niveles correspondientes a los siguientes criterios:

- Criterio 1: Liderazgo.
- Criterio 2: Política y Estrategia.
- Criterio 3: Personas.
- Criterio 4: Alianzas y Recursos.
- Criterio 5: Procesos.
- Criterio 7: Resultados en las personas.
- Criterio 9: Resultados clave.

Los clientes de la clínica contestarán al cuestionario del siguiente criterio:

- Criterio 6: Resultados en los clientes.

Los clientes de la clínica y personas u organizaciones externas contestarán al cuestionario del siguiente criterio:

- Criterio 8: Resultados en la sociedad.

Cada uno de los subcriterios consta de cinco niveles y cada uno de estos niveles va acompañado de una descripción de una clínica tipo en el nivel correspondiente.

Para cumplimentar los cuestionarios se seguirán una serie de pasos:

- Se determinará quién rellenará el cuestionario.
- Se delimitará el ámbito sobre el que se realizará la autoevaluación.
- Cada evaluador leerá y comprenderá la definición del sistema de puntuación.
- Los evaluadores comprenderán el sentido de cada uno de los criterios y subcriterios, leerán, examinarán las descripciones asociadas a cada nivel de cada subcriterio y procederán a su valoración.
- Las puntuaciones se recopilarán y se tratarán estadísticamente para obtener unos resultados y conclusiones que aporten valor a la organización y sirvan de partida al establecer las acciones correctoras necesarias para la mejora de la clínica.



### 9.8.2. FASE 2: TRATAMIENTO, RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN

Evaluados todos los criterios y subcriterios se recopilarán los resultados para calcular las puntuaciones. Se calculará la media de las puntuaciones de todos los evaluadores para cada subcriterio así como las medias de todos los subcriterios para obtener la puntuación correspondiente a cada uno de los criterios.

Partiendo de esta información, es preciso elaborar una relación de puntos fuertes y de áreas de mejora, en coherencia con los resultados de puntuación que se vayan obteniendo, de modo que el informe de autoevaluación deberá incluir, junto al perfil de la organización, los puntos fuertes y las áreas de mejora identificados, así como una relación de las evidencias en las que se ha apoyado la autoevaluación.

Este informe de autoevaluación y diagnóstico deberá ser homologado por un licenciario de autoevaluación, para determinar si existe coherencia entre las puntuaciones asignadas a la organización, los puntos fuertes y áreas de mejora y las evidencias mencionadas.

### 9.9. IMPLANTAR ACCIONES DE MEJORA

El Plan de Acciones de Mejora surge como resultado del proceso previo de análisis y reflexión de la realidad mediante el proceso de autoevaluación.

Los pasos fundamentales que conlleva la mejora del nivel de excelencia de una organización son:

- Acordar los criterios para establecer prioridades entre las Acciones de Mejora
- Priorizar las Acciones de Mejora
- Planificar las Acciones de Mejora
- Implantar las mejoras

Mediante el proceso de autoevaluación anterior, la organización conoce ahora su situación real, determinando cuáles son sus fortalezas, sus debilidades y de tal análisis resultan las propuestas de mejora.

Estas acciones de mejora permitirán a la organización:

- Repensar la unidad para adaptarse a los nuevos cambios.
- Definir los objetivos que se quieren alcanzar a corto y medio plazo.
- Establecer prioridades en las líneas de actuación.

- Incrementar la eficiencia en la gestión.

Las acciones de mejora deberán ser consensuadas, coherentes con la estrategia de la organización, viables y estar lo más detalladas posible, de forma que antes de poner en marcha la propia acción de mejora. Las distintas acciones de mejora serán realizadas por cada uno de los responsables a los que se les han asignado las tareas. Periódicamente se realizará la presentación de informes con los resultados obtenidos a la directora médica, con el objeto de llevar a cabo el seguimiento de las mismas.

Mensualmente, se revisarán en el comité de calidad dichos informes y se darán a conocer a todo el personal de la organización para que conozcan las acciones y resultados alcanzados.

### 9.10. ELABORACIÓN DE LA MEMORIA EFQM

La Memoria EFQM describirá cómo las actividades de la empresa responden al Modelo EFQM pero no cómo se ajusta a dicho Modelo, ya que éste es una referencia y no es de obligado cumplimiento. La memoria EFQM estructurada debe reflejar, sobre todo, la excelencia de la organización, la coherencia interna y tener claridad en la exposición de lo que se hace. Comprende tanto las acciones que la organización ha desarrollado como los resultados alcanzados.

La presentación de la Memoria EFQM requiere cumplir ciertos requisitos formales establecidos, es importante tener en cuenta previamente algunos aspectos como su estructura y ciertos elementos técnicos en relación a su formato y redacción.

#### 9.10.1. ESTRUCTURA Y CRITERIOS DE REDACCIÓN DE LA MEMORIA

Para redactar la Memoria EFQM “estructurada” la empresa debe seguir las siguientes directrices en cuanto a formato y estructura y tener, como máximo, 44 páginas.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

Nombre	Págs	Contenido	Total págs.
Título	1	Nombre de la organización. Dirección y fecha de la solicitud.	No se incluye en el cómputo total
Índice	1		No se incluye en el cómputo total
Introducción	2	La introducción responderá a las preguntas siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre y Estructura</li> <li>• Instalaciones</li> <li>• Total de empleados</li> <li>• Historia de la organización</li> <li>• Viaje hacia la Calidad (incluida la Autoevaluación)</li> <li>• Productos y servicios</li> <li>• Visión, misión y valores</li> <li>• Base de clientes</li> <li>• Objetivos estratégicos</li> <li>• Entorno externo</li> </ul>	2
Introducción Agentes Facilitadores	1	1 página global por cada uno de los 5 criterios agentes facilitadores que debe responder a unas preguntas determinadas	5
Introducción Resultados	1	1 página que introduzca los 4 criterios Resultados	1
Subcriterios	1	1 página para cada uno de los 32 subcriterios siguiendo el formato estandarizado	32
Organigrama	1	Organigrama de la organización	1
Apéndices	4	Apéndices, gráficos o tablas	3 (máx.)
Acrónimos o siglas	1	Acrónimos o siglas	No se incluye en el cómputo total

A continuación se detallan los puntos más importantes citados en la tabla anterior:

- Introducción general: Son las dos primeras páginas de la memoria EFQM y responden a unas preguntas concretas.
- Páginas introductorias a los criterios: Cada uno de los cinco criterios tiene una página de introducción en la que se responde a unas preguntas concretas, diferentes para cada criterio.
- Estructura de subcriterios Agentes Facilitadores: Cada subcriterio debe utilizar sólo una página. No se compensará el espacio que falte en uno con el de otro que sobre.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Estructura de los subcriterios Resultados: Cada subcriterio debe utilizar sólo una página. No se compensará el espacio que falte en uno con el de otro que sobre. Deberá contener cuatro gráficos principales, con un espacio para información adicional y resultados adicionales en forma de tabla.
- Organigrama, Apéndices, Gráficos o tablas: Se dispone de 4 páginas para ello y el formato es libre.

### **9.10.2. ASPECTOS TÉCNICOS**

Los aspectos técnicos a tener en cuenta a la hora de redactar la Memoria EFQM son los siguientes:

- Tamaño de hoja: DIN A4
- Las páginas deben ir numeradas
- Tamaño de letra de los textos no inferior a 10 puntos arial o equivalente, a espacio simple o superior
- Tamaño de letra para tablas y gráficos: 9 puntos arial o equivalente.

### **9.10.3. ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN Y MEMORIA**

La revisión de la documentación será realizada por profesionales formados y experimentados del Club de Evaluadores, que formarán un Equipo Evaluador mixto integrado por personal de la Entidad de Certificación y externos. Se distribuirá una copia de toda la documentación recibida de la organización a todos los integrantes de dicho Equipo, como mínimo un mes antes de la fecha de evaluación, para realizar su estudio y revisión.

Todos los miembros del Equipo Evaluador analizarán los resultados obtenidos en la autoevaluación realizada por la organización junto con la Memoria técnica. Una vez revisada la documentación, se celebrará una reunión de consenso previa a la visita por parte del equipo evaluador.

### 9.11. VISITA DE EVALUACIÓN

En esta visita, el Equipo Evaluador verificará y evaluará que todas las actividades de gestión recogidas en la Memoria están implantadas y se ejecutan realmente en sus instalaciones. La organización suministrará al Equipo Evaluador la información necesaria, así como la autorización del acceso a las instalaciones, personal y registros para que el equipo evaluador pueda verificar que el despliegue realizado es acorde con la documentación entregada previamente.

La visita de evaluación tiene las siguientes etapas:

- Reunión inicial
- Vista de evaluación
- Reunión de consenso del equipo evaluador a la finalización de la visita
- Reunión final con la organización y comunicación del resultado

Dependiendo del resultado del proceso de evaluación, el Equipo Evaluador puede determinar las siguientes situaciones:

- El Equipo Evaluador decide que el Sello puede ser recomendado inmediatamente, ya que la organización ha conseguido la puntuación necesaria.
- El Equipo Evaluador decide no recomendar el Sello, ya que la organización no ha conseguido la puntuación necesaria. En este caso, se estudiará la posibilidad de realizar una visita extraordinaria dentro de los 90 días posteriores a la fecha de presentación del informe final a la organización, siempre y cuando sea factible la consecución del reconocimiento. Esta visita extraordinaria se centrará en las áreas de mejora indicadas en el informe final, y debe ser completada en un periodo inferior a los noventa días de la visita.

Dado que la organización opta por el nivel de Excelencia 300+, en caso de no alcanzar una puntuación igual o superior a 300 puntos, obtendrá el reconocimiento de Compromiso hacia la Excelencia, siempre y cuando haya justificado tres Acciones de Mejora como requiere dicho nivel.

### 9.12. ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL

Como consecuencia del proceso, se elabora un informe de evaluación en el que se recogen los puntos fuertes y las áreas de mejora de la organización.

### **9.13. ENVÍO DEL EXPEDIENTE AL CLUB DE EXCELENCIA EN GESTIÓN**

Una vez acabada la evaluación de la organización, la entidad certificadora enviará una copia del expediente con todos los registros del proceso de evaluación al Club Excelencia en Gestión para la concesión, si procede, del reconocimiento español Sello de Excelencia y de su homólogo europeo Levels of Excellence de la EFQM.

#### **9.13.1. VALIDEZ DEL CERTIFICADO**

El periodo de validez del certificado de Excelencia Europea 300+ es de dos años, y para su renovación, se realizará un nuevo proceso cuya duración será la misma que el de la evaluación realizada en su proceso de concesión inicial. No obstante, en los casos de renovación del mismo nivel de reconocimiento no es imprescindible la homologación de la autoevaluación por parte de un Licenciario.

## 10. PRESUPUESTO DE LA INVERSIÓN

En este capítulo presentaremos una estimación de la inversión necesaria para la implantación del Modelo EFQM en la clínica privada. La inversión en tiempo se ha considerado asignando un coste de 50 € por hora de trabajo de un consultor de calidad cualificado. Dado el tamaño de la empresa se ha contratado un solo consultor para hacer frente al proyecto, utilizando un total de 5 horas al día y con una duración total de 2 meses aproximadamente.

Aunque los datos representados son estimados sirven para tener una idea general de la estructura de horas utilizadas a cada parte de la implantación y del valor de cada fase y del proyecto en su totalidad.

### Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

ETAPAS	VALOR	SUBTOTAL
Jornada de sensibilización para el personal de la empresa		Sin coste
Publicación del compromiso de la Dirección de la empresa		Sin coste
Designación del coordinador del Proyecto de Implantación		Sin coste
Diseño del Plan del "Sistema de Gestión EFQM"	23 horas X 50€	1.150
<b>FASE 1</b>		<b>1.150</b>
Redacción: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de Organización de la empresa</li> <li>• Manual de Excelencia empresarial</li> </ul>	25 horas X 50€	1.250
	13 horas X 50€	650
Redacción: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos</li> <li>• Manual de procedimientos</li> </ul>	10 horas X 50€	500
	8 horas X 50€	400
Implantación del Sistema de Gestión de la Calidad Total	4 reuniones X 30€/reu. 16 horas X 50€	120 800
<b>FASE 2</b>		<b>3.720</b>
Autoevaluación según el Modelo EFQM: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario</li> <li>• Tratamiento, Resultados y Análisis de la herramienta de autoevaluación</li> </ul>	9 horas X 50€	450
	20 horas X 50€	1.000
Implantación de Acciones de Mejora	20 horas X 50€	1.000
<b>FASE 3</b>		<b>2.450</b>
Elaboración de la Memoria EFQM	32 horas X 50€	1.600
Visita de evaluación		700 €
Elaboración del informe final		
Envío del expediente al Club de Excelencia en Gestión		Sin coste
<b>FASE 4</b>		<b>2.300</b>
<b>TOTAL</b>	<b>186 horas totales</b>	<b>9.620</b>

En el cómputo total de horas se ha tenido en cuenta también que las cuatro reuniones llevadas a cabo en la Implantación del Sistema de Gestión de la Calidad Total eran de dos horas y media cada una.

Por tanto, según la inversión estimada llevada a cabo en la tabla anterior el coste total por la implantación del Modelo EFQM en la clínica es de 9.620 €.



# 11. SUGERENCIAS EN LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO EFQM

## 11.1. SUGERENCIAS PRELIMINARES

- Comunicar el proyecto a todo el personal de la organización.
- Designar un responsable global del proyecto y un equipo de promotores.
- Fijar plazos temporales realistas.
- Formar como evaluador, por lo menos, a un directivo de la organización.
- Revisar la documentación relativa al Premio y el Modelo EFQM de Excelencia.

## 11.2. SUGERENCIAS PARA LA AUTOEVALUACIÓN

- No asignar el trabajo de autoevaluación a una persona no conocida por la organización. Es preferible que la realice la Dirección de la organización.
- Aportar evidencias que respalden la puntuación asignada a cada subcriterio.
- No dejarse influenciar por otros compañeros durante la evaluación.
- Realizar una reunión de puesta en común al finalizar las evaluaciones.
- No intentar justificar una puntuación más alta de la que en realidad corresponde a la organización.
- Ser objetivo, reflejar el estado de la organización y no lo se esperan los evaluadores de la misma.

## 11.3. SUGERENCIAS PARA LA REDACCIÓN DE LA MEMORIA EFQM

- Debe seguir un esquema lógico de funcionamiento del centro, no es necesario que siga la secuencia de cada subcriterio que propone el modelo.
- Incluir descripciones de cómo se hacen las cosas en la organización y cuál es su eficacia, quién, dónde y qué beneficios se obtienen, para reflejar la realidad de la empresa.
- Seguir un hilo argumental.

- No utilizar excesivamente la jerga propia de la organización.
- Limitarse a redactar evidencias y no narrar hechos superfluos.
- Utilizar siempre que se pueda imágenes, gráficos y tablas.

### 11.4. SUGERENCIAS SOBRE LA PREPARACIÓN DE LA VISITA

- Informar del proceso a todo el personal.
- Asegurarse de la disponibilidad de los miembros de la Dirección.
- Organizar salas de reunión, descanso y lo necesario para realizar las entrevistas y reuniones.
- Identificar de antemano aquellos aspectos sobre los que es probable que se quiera conversar.
- Acordar un código de comportamiento durante las entrevistas haciendo especial hincapié en la transparencia y la sinceridad.
- Intentar que todo el equipo directivo haya leído la memoria y que el resto de personas al menos la haya hojeado.

## 12. PLANIFICACIÓN PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA

A continuación se muestra la autoevaluación basada en el Modelo EFQM llevada a cabo en la empresa, en la misma participaron seis evaluadores a los que se les plantearon las siguientes cuestiones y debían puntuar las mismas según un rango de 5 opciones, a saber:

K0: No existe ninguna alineación entre las prácticas de gestión y los principios que se deben llevar a cabo.

K25: La alineación no es total.

K50: Existe un alineamiento total entre las prácticas de gestión y los principios a llevar a cabo.

K75: Las prácticas son ejemplarmente coherentes con los principios.

K100: Las prácticas efectuadas en la empresa son una referencia en el sector.

Seguidamente se citan todas las preguntas que conforman la Autoevaluación, diferenciadas por subcriterios del Modelo EFQM:

### 1. LIDERAZGO

**1a. La visión, valores y principios reflejan la responsabilidad social; además de estímulo y promoción por parte de los líderes:**

- ¿Han sido definidos por parte de los gestores de la organización la Misión, la Visión, los Principios Éticos y Valores que conforman la "Cultura" de la misma, y han sido convenientemente divulgados a todos los grupos de interés (propietarios, accionistas, proveedores, empleados, etc.)? ¿Incluyen dichos valores conceptos tales como calidad y aprendizaje? El comportamiento de los gestores, ¿es coherente con dichos valores?

**1b. Desarrollo e implantación del proceso para el eficaz gobierno de la organización:**

- ¿Impulsan los gestores de la organización el desarrollo e implantación de un Sistema de Gestión por Procesos que permita traducir la Estrategia/Presupuesto a objetivos cuantificables que, medidos de forma periódica, sirvan para mejorar los resultados globales?

**1c. Implicación de los líderes con los clientes y comunicación con grupos de interés externos:**

- ¿Se relacionan los gestores de la organización con los clientes, partners y representantes de la sociedad para conocer sus necesidades y expectativas? ¿Se implican y apoyan actividades de mejora, protección medioambiental o de contribución a la sociedad?

**1d. Implicación de los líderes con las personas y comunicación de los líderes con los grupos de interés:**

- ¿Mantienen los gestores de la organización una comunicación fluida y bidireccional con sus empleados? ¿Aprovechan dicha comunicación para transmitir los Valores y las Estrategias de la organización? ¿Escuchan las aportaciones y/o quejas de sus empleados?
- ¿Apoyan los gestores de la organización a sus empleados y les ayudan si es necesario para conseguir sus objetivos? ¿Les animan y facilitan la participación en equipos/actividades de mejora? ¿Reconocen adecuadamente a individuos o equipos por su contribución a dichas actividades?

**1e. Liderar el análisis de los fenómenos externos que impulsan el cambio:**

- ¿Definen e impulsan los gestores los cambios necesarios para adecuar la organización? ¿Garantizan la inversión, los recursos y el apoyo necesarios para desarrollar dichos cambios? ¿Una vez producidos los cambios, se mide la eficacia de los mismos y se comunican a los grupos de interés?

**2. POLÍTICA Y ESTRATEGIA**

**2a. Incorporación de la estrategia de información procedente de los grupos de interés:**

- En la definición del Plan Operativo/Presupuesto Anual de la organización, ¿se recogen y consideran las necesidades y expectativas de los diferentes grupos de interés (accionistas, clientes, clientes potenciales, empleados, sociedad, etc.), así como datos sobre el comportamiento del mercado y la competencia?

**2b. Incorporación a la política y estrategia de la actividad creativa:**

- En la definición del Plan Operativo/Presupuesto Anual de la organización, ¿se recogen y consideran los resultados de las mediciones anteriores, tanto propios como del sector, y se analizan los impactos de la legislación aplicable, la innovación tecnológica, y los indicadores socioeconómicos y demográficos a corto y largo plazo?

**2c. Desarrollo, revisión y actualización de la política y estrategia:**

- En la definición del Plan Operativo/Presupuesto Anual de la organización, ¿se tienen en cuenta, entre otros, los siguientes factores?: - Coherencia con los Principios Éticos y Valores que conforman su "Cultura". - Atención equilibrada

de necesidades y expectativas de los grupos de interés. - Análisis de Riesgos y plazos e identificación de los Factores Críticos de Éxito.

### **2d. Identificar y desarrollar el esquema de procesos clave:**

- ¿Se identifican los Procesos Clave de la organización y se despliega el Plan Operativo a través de ellos? ¿Se descomponen los Objetivos y Metas de la organización a través de los distintos niveles, llegando hasta la definición y seguimiento de los objetivos individuales o de equipo? ¿Se evalúa el nivel de conocimiento y sensibilización de los grupos de interés sobre los aspectos fundamentales de la Estrategia, Plan Operativo y Presupuesto, según sea apropiado?

## **3. PERSONAS**

### **3a. Valores éticos y de equidad en la contratación y condiciones de empleo:**

- ¿Existe un Plan específico de personal, respetuoso con la legislación vigente y la igualdad de oportunidades, alineado con la Estrategia y el Plan Operativo de la organización, y se revisa conjuntamente con ellos? ¿Se tienen en cuenta las opiniones de los empleados en la definición de dicho Plan?

### **3b. Identificar, desarrollar y cuantificar las capacidades de las personas:**

- ¿Se preocupan los gestores de la organización del desarrollo personal y profesional de sus empleados, procurando la adecuación de sus conocimientos y experiencia a las necesidades derivadas de su responsabilidad? ¿Se desarrollan e implantan planes de formación que faciliten dicha adecuación? ¿Se asignan a los empleados objetivos individuales y de equipo, y se evalúa su rendimiento?

### **3c. Implicar y facultar a las personas:**

- ¿Estimula la organización la implicación de sus empleados hacia la consecución de sus objetivos, mediante la motivación y el reconocimiento? ¿Promueve y facilita la organización la participación de sus empleados en acciones de mejora? ¿Impulsa y motiva a sus empleados hacia la innovación y la creatividad, siendo receptiva a sus aportaciones y sugerencias de mejora?

### **3d. Comunicación de la organización con las personas:**

- ¿Se preocupa la organización de establecer una buena comunicación con/entre sus empleados? ¿Se han desarrollado cauces de comunicación verticales y horizontales y se utilizan eficientemente? ¿Se aprovechan dichos canales de comunicación para difundir el conocimiento y las buenas prácticas?

### **3e. Recompensa, reconocimiento y atención a las personas:**

- ¿Se asegura la organización del alineamiento de sus políticas de remuneración, movilidad, etc., con el Plan Operativo y Presupuesto? ¿Existe una política de reconocimiento hacia los empleados y fomento de la concienciación en temas

medioambientales y de seguridad e higiene? ¿Se proporciona a los empleados unas instalaciones y servicios de alta calidad? ¿Existe sensibilidad ante necesidades personales/clientes?

### **4. ALIANZAS Y RECURSOS**

#### **4a. Alianzas, incluidas las establecidas con organizaciones de la comunidad y proveedores locales y el uso de las mismas para fomentar la innovación y la creatividad:**

- ¿Identifica la organización aquellas organizaciones clave con las que se relaciona (asociaciones de organizaciones, administración pública, proveedores, etc.) y desarrolla con ellas acuerdos de colaboración, fomentando la transferencia de conocimientos y el aprovechamiento de sinergias?

#### **4b. Estrategias financieras que apoyan las estrategias de responsabilidad social de la organización:**

- ¿Se ha definido e implantado una estrategia económico-financiera, alineada con la Estrategia/Plan Operativo de la organización y traducida en un Presupuesto Anual? ¿Contempla dicha estrategia tanto las inversiones previstas, como los recursos necesarios para la financiación de las actividades de la organización? ¿Contempla una adecuada gestión del riesgo financiero, gestión de cobros, etc.?

#### **4c. Gestión medioambiental:**

- ¿Se asegura la organización del adecuado funcionamiento, conservación y seguridad de sus edificios e instalaciones? ¿Se optimizan recursos, inventarios y se reducen consumos de suministros y energías (principalmente, los no renovables)? ¿Se cuidan adecuadamente los aspectos medioambientales y de reciclado de residuos?

#### **4d. Gestión de la tecnología:**

- ¿Identifica la organización las tecnologías e instalaciones más adecuadas para cubrir sus necesidades y las de sus clientes? ¿Gestiona adecuadamente las tecnologías existentes y se preocupa de su actualización y renovación?

#### **4e. Gestión del conocimiento de la organización:**

- ¿Recoge y gestiona adecuadamente la organización toda la información pertinente para el cumplimiento de sus fines? ¿Facilita a sus grupos de interés

el acceso a las informaciones que son de su interés? ¿Protege adecuadamente la información sensible, tanto para la gestión como para las personas?

## **5. PROCESOS**

### **5a. Descripción del sistema para diseñar y gestionar los procesos:**

- ¿La organización dispone y aplica una metodología de procesos orientada a la identificación, diseño y documentación de sus Procesos Clave, que son aquéllos considerados imprescindibles para desplegar y desarrollar su Estrategia y Plan Operativo? ¿Dicha metodología de procesos se corresponde con alguna estandarización del tipo ISO 9000 o similar?

### **5b. Descripción del sistema para mejorar procesos y uso de la innovación y creatividad de los grupos de interés para cambiar y mejorar los procesos:**

- ¿Disponen los Procesos, y en especial los denominados Clave, de unos sistemas de medición o indicadores, que permitan establecer sus objetivos de rendimiento y evaluar los resultados obtenidos? ¿Se han identificado aquellas áreas de los procesos que son comunes a la organización y a agentes externos a éste (proveedores, administración, etc.)?
- ¿Se revisa regularmente la eficiencia de los Procesos y se modifican apropiadamente en función de dichas revisiones, así como en función de las informaciones procedentes de sugerencias de mejora, actividades de aprendizaje, propuestas de innovación, etc.? La implantación de los cambios en los Procesos, ¿se realiza mediante un análisis previo (piloto) y una adecuada comunicación/formación a todos los implicados?

### **5c. Uso de creatividad e innovación para desarrollar productos y servicios:**

- ¿Se recogen informaciones procedentes de estudios de mercado y competencia, necesidades y expectativas de clientes, sugerencias innovadoras y creativas..., y se tienen en cuenta a la hora de definir los nuevos productos, servicios y actividades de la organización?

### **5d. Procesos cara al cliente: marketing, comunicación y venta de productos:**

- ¿Se investigan las necesidades y expectativas, así como el grado de satisfacción de los clientes con los productos y servicios, y se utiliza dicha información para la modificación y mejora de los mismos?
- ¿Se asegura la organización de que las características y prestaciones de los productos y servicios que proporciona a sus clientes responden a las especificaciones de su diseño? ¿Comunica veraz y adecuadamente la organización las condiciones de prestación de sus productos y servicios a sus potenciales clientes? ¿Establece niveles de compromiso y es consecuente con los mismos?

**5e. Uso de creatividad e innovación para mejorar las relaciones con los clientes y gestión de la relación:**

- ¿Desarrolla la organización actividades encaminadas a identificar necesidades y expectativas de sus clientes? ¿Dispone la organización de canales de comunicación para la recepción de quejas y reclamaciones de sus clientes? ¿Tramita las mismas de forma sistemática y utiliza dicha información para la mejora permanente de sus servicios?

**6. RESULTADOS EN LOS CLIENTES**

**6a. Resultados de las percepciones de los clientes:**

- ¿Identifica la organización cuáles son los aspectos más significativos y que más aprecian sus clientes? ¿El método que se utiliza para identificar dichos aspectos es fiable, se revisa de forma periódica y permite segmentar los resultados en función de los diferentes grupos de clientes?
- ¿Obtiene periódicamente la organización información directa del grado de satisfacción de los diferentes grupos de clientes respecto a dichos aspectos más significativos, así como de los productos y servicios recibidos, y el nivel de satisfacción global?

**6b. Resultados de los indicadores internos del área clientes:**

- Sobre los indicadores del grado de satisfacción de clientes, ¿se marcan objetivos y se miden los resultados obtenidos? ¿La tendencia de dichos indicadores es positiva? Si en alguno no lo fuera, ¿se han averiguado las causas y establecido las acciones de mejora adecuadas?
- ¿Se comparan los índices de satisfacción de clientes con los de otras organizaciones o el propio sector? Respecto a dichos indicadores, ¿en qué situación competitiva situamos a la organización?
- Teniendo en cuenta cuáles son los aspectos más valorados por los clientes, ¿ha identificado la organización con qué procesos están relacionados y con qué indicadores de dichos procesos puede existir una correspondencia?
- Sobre los indicadores de dichos procesos, que inciden directamente en la satisfacción de los clientes, ¿se marcan objetivos y se miden los resultados obtenidos? ¿La tendencia de dichos indicadores es positiva? Si en alguno no lo fuera, ¿se han averiguado las causas y establecido las acciones de mejora adecuadas?
- ¿Se comparan los resultados de dichos indicadores con los de otras organizaciones o el propio sector? Respecto a dichos indicadores, ¿en qué situación competitiva situamos a la organización?



## 7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS

### 7a. Percepción que las personas tienen de la organización:

- ¿Obtiene periódicamente la organización información directa del grado de satisfacción de los diferentes grupos de empleados respecto a aquellos aspectos que les son más significativos, así como del nivel de satisfacción global?

### 7b. Resultados de los indicadores internos del rendimiento del área de personas:

- Sobre los indicadores del grado de satisfacción de los empleados, ¿se marcan objetivos y se miden los resultados obtenidos? ¿La tendencia de dichos indicadores es positiva? Si en alguno no lo fuera, ¿se han averiguado las causas y establecido las acciones de mejora adecuadas?
- ¿Se comparan los índices de satisfacción de los empleados con los de otras organizaciones o el propio sector? Respecto a dichos indicadores, ¿en qué situación competitiva situamos a la organización?
- ¿Ha identificado la organización con qué procesos están relacionados los índices de satisfacción de los empleados, y con qué indicadores de dichos procesos puede existir una correspondencia?
- Sobre los indicadores de dichos procesos, que inciden directamente en la satisfacción de los empleados, ¿se marcan objetivos y se miden los resultados obtenidos? ¿La tendencia de dichos indicadores es positiva? Si en alguno no lo fuera, ¿se han averiguado las causas y establecido las acciones de mejora adecuadas?
- ¿Se comparan los resultados de dichos indicadores con los de otras organizaciones o el propio sector? Respecto a dichos indicadores, ¿en qué situación competitiva situamos a la organización?

## 8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

### 8a. Imagen en la sociedad:

- ¿Identifica y mide la organización el nivel de percepción que tiene la sociedad respecto a aquellos aspectos de especial sensibilidad social en su esfera de influencia? ¿La tendencia de dichos indicadores es positiva? Si en alguno no lo fuera, ¿se han averiguado las causas y establecido las acciones de mejora adecuadas?

### 8b. Indicadores de rendimiento en la sociedad:

- ¿Ha identificado la organización con qué procesos están relacionados los índices de percepción social, y con qué indicadores de dichos procesos puede existir una correspondencia? ¿Se marcan objetivos sobre dichos indicadores y se miden los resultados obtenidos? ¿La tendencia de dichos indicadores es positiva? Si en alguno no lo fuera, ¿se han averiguado las causas y establecido las acciones de mejora adecuadas?

- ¿Se comparan los índices de percepción social de la organización con los de otras organizaciones o el propio sector? Respecto a dichos indicadores, ¿en qué situación competitiva situamos a la organización?

### 9. RESULTADOS CLAVE

#### 9a. Resultados clave de rendimiento de la organización:

- ¿Define objetivos y mide la organización de forma periódica y sistemática sus Resultados Clave, y especialmente los económico-financieros?
- ¿Los objetivos son cada vez más exigentes y los resultados muestran una tendencia positiva? Si alguno de los Resultados Clave no reflejara una tendencia positiva, ¿se han averiguado las causas y establecido las acciones de mejora adecuadas?
- ¿Se comparan los Resultados Clave con los de otras organizaciones o el propio sector? Respecto a dichos indicadores de Resultados Clave, ¿en qué situación competitiva situamos a la organización?

#### 9b. Indicadores clave de rendimiento de la organización:

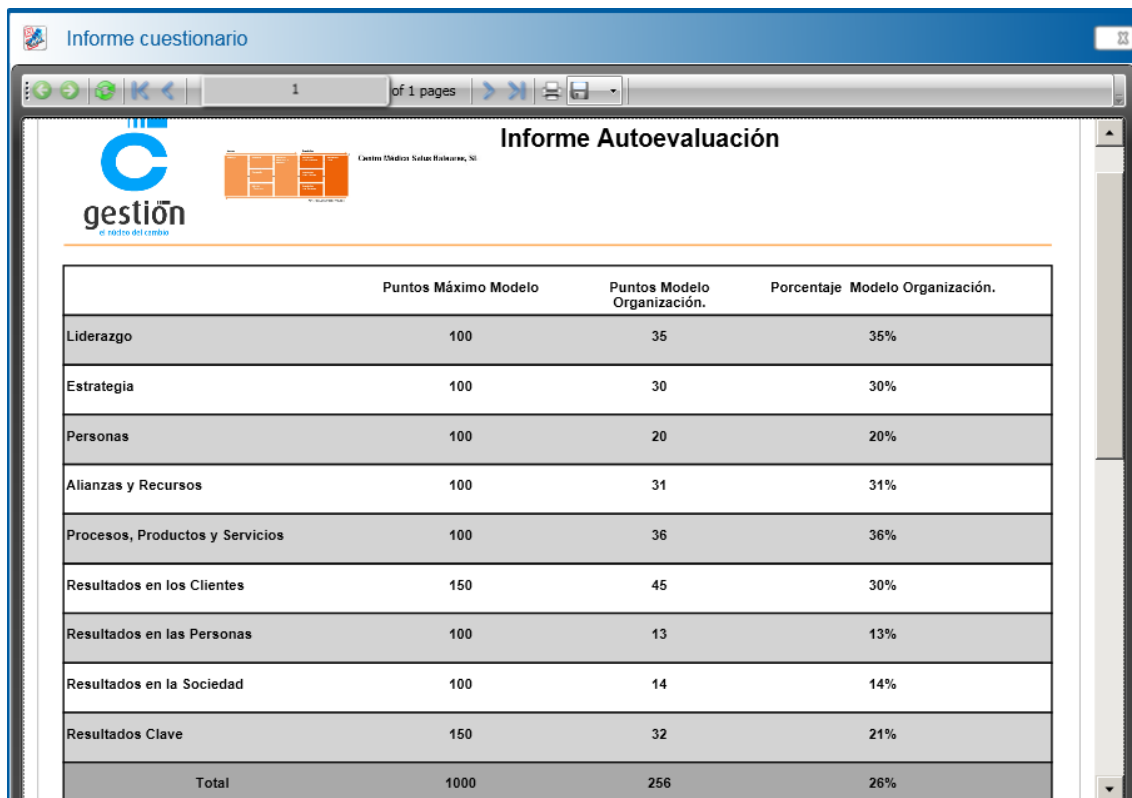
- Además de dichos Resultados Clave, ¿define objetivos y mide la organización de forma periódica y sistemática otros resultados correspondientes a procesos de soporte, que contribuyen de manera sustancial a la consecución de los anteriores?
- Los objetivos de dichos indicadores correspondientes a procesos de soporte, ¿son cada vez más exigentes y los resultados muestran una tendencia positiva?
- ¿Se han determinado las causas en caso de resultados adversos? ¿Han sido esos resultados comunes a todo el sector? ¿Se han establecido acciones correctoras para evitar que se repitan en el futuro o para atenuar su impacto?
- ¿Se comparan los resultados de los indicadores de procesos de soporte con los de otras organizaciones o el propio sector? Respecto a dichos indicadores, ¿en qué situación competitiva situamos a la organización?

## 13. RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN

A continuación se muestran los resultados obtenidos con el Perfil v. 6.0., la interpretación de los mismos se desarrollará en el punto siguiente:

### 13.1. INFORME AUTOEVALUACIÓN

Figura 23: Informe Autoevaluación



	Puntos Máximo Modelo	Puntos Modelo Organización.	Porcentaje Modelo Organización.
Liderazgo	100	35	35%
Estrategia	100	30	30%
Personas	100	20	20%
Alianzas y Recursos	100	31	31%
Procesos, Productos y Servicios	100	36	36%
Resultados en los Clientes	150	45	30%
Resultados en las Personas	100	13	13%
Resultados en la Sociedad	100	14	14%
Resultados Clave	150	32	21%
<b>Total</b>	<b>1000</b>	<b>256</b>	<b>26%</b>

Fuente: Resultados obtenidos por la clínica con el Perfil v. 6.0.

El evaluador dispone de la opción de imprimir los Resultados Totales de la Autoevaluación, representados en una tabla que recoge, por una parte, los Puntos Totales EFQM así como sus porcentajes asociados obtenidos por la organización y, por otra, la comparación con los máximos otorgados para cada criterio por la EFQM.

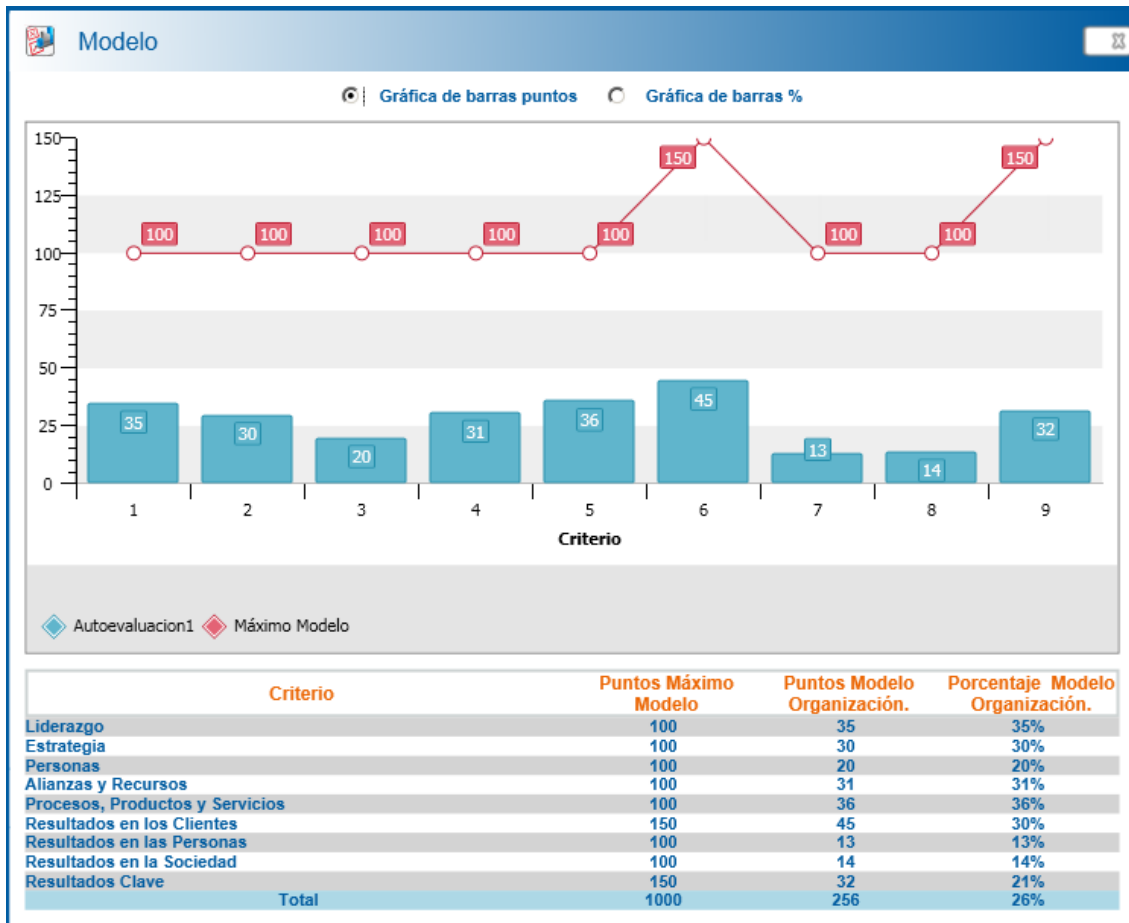
Figura 24: Informe Autoevaluación



Fuente: Resultados obtenidos por la clínica con el Perfil v. 6.0.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

Figura 25: Informe Autoevaluación



Fuente: Resultados obtenidos por la clínica con el Perfil v. 6.0.

En este módulo gráfico se representan los puntos y porcentajes totales a nivel criterio obtenidos por la organización respecto a los máximos consignados en el Modelo EFQM.

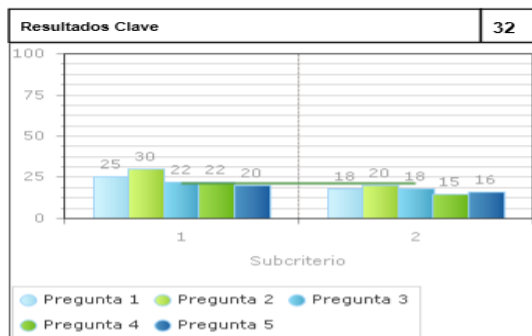
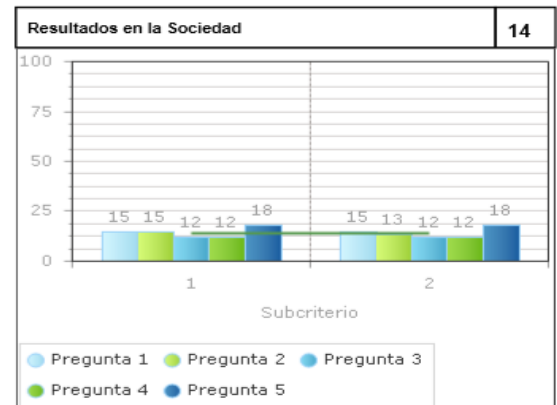
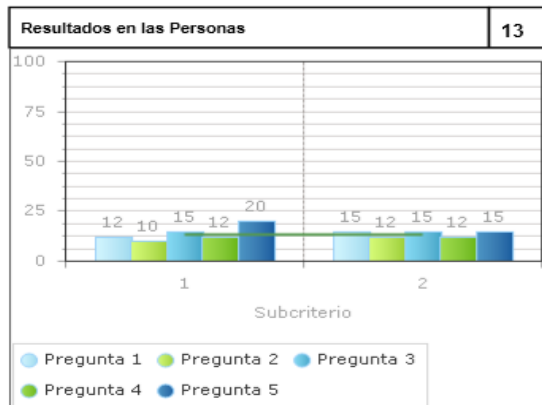
Mediante diferentes tipos de gráficos (puntos y porcentajes) y complementados por una tabla resumen donde se plasman de forma tabular los resultados que los gráficos representan, el evaluador puede visualizar los resultados de la organización al tiempo que los compara con los máximos otorgados por el Modelo EFQM.

13.2. INFORME DE RESULTADOS DE CRITERIOS

Figura 26: Informe de resultados de criterios



## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada



Fuente: Resultados obtenidos por la clínica con el Perfil v. 6.0.

Aquí se presentan en forma de gráfica los resultados obtenidos en cada una de las preguntas del cuestionario.

Las gamas de color ayudan a diferenciar entre criterios Agentes o Facilitadores y criterios de Resultados. A su vez, las diversas tonalidades dentro de cada gama ayudan a identificar los subcriterios que cada criterio engloba.

## 14. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS

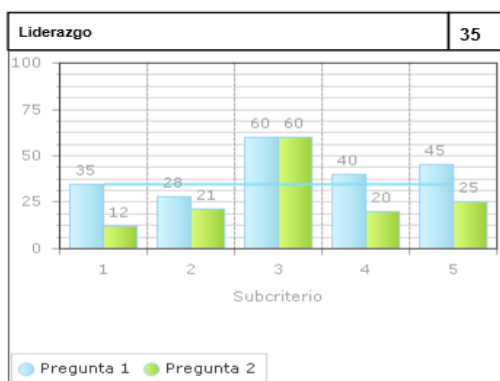
En este punto se tratan cada uno de los gráficos de la Autoevaluación por separado, según el criterio. En cada uno de los gráficos tenemos dos columnas o tres columnas, como ya se ha dicho en el punto anterior, esto ayuda a diferenciar los criterios Agentes o Facilitadores y los criterios de Resultados, y las diversas tonalidades dentro de cada gama ayudan a identificar los subcriterios que cada criterio engloba.

### 14.1. CRITERIO 1: LIDERAZGO

El criterio 1 Liderazgo ha obtenido una puntuación de un 35 sobre 100, no es de las puntuaciones más bajas pero sin duda se debería mejorar.

El subcriterio que ha obtenido mayor puntuación es el **1c Los líderes de la organización interactúan con los clientes, partners y representantes de la sociedad**. Esto es

Figura 27: Informe Criterio 1



debido a que satisfacer, comprender y dar respuesta las necesidades y expectativas de los clientes va a ser siempre el punto más importante en una clínica privada. Además esta empresa participa en alianzas ya que tiene una concertación de servicios con la Agencia Valenciana de Salud; y lleva a cabo una estricta política de protección al medioambiente.

Fuente: Resultados obtenidos por la clínica con el Perfil v. 6.0.

Respecto al subcriterio que menor puntuación ha obtenido ha sido el **1a Los líderes de la organización desarrollan la misión, visión y valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia en una cultura de excelencia** en la pregunta 2. Esto puede ser debido a que, a pesar de haberse definido la Misión, Visión y Valores de la clínica, son percibidos como enunciados teóricos que pocas veces son aplicados en la realidad.



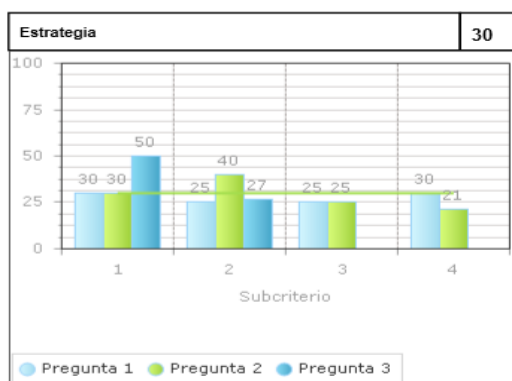
Tienen un carácter muy general y normalmente no es necesario acudir a ellos para solucionar ningún problema.

El resto de subcriterios han obtenido resultados intermedios, hay que destacar que la pregunta 2 ha obtenido una puntuación inferior a la 1 en la mayoría de los casos.

### 14.2. CRITERIO 2: POLÍTICA Y ESTRATEGIA

Como se puede ver en la gráfica este criterio se han obtenido resultados medios, de un 30 sobre 100. Una buena puntuación si la comparamos con el resto pero mala si la valoramos independientemente.

Figura 28: Informe Criterio 2



El subcriterio mejor puntuado ha sido el **2a Cómo la organización despliega una política y unas estrategias basadas en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés**. Esto es debido a que esta clínica funciona desde 1986, por lo que con tantos años de experiencia la empresa conoce cuáles son las necesidades de sus clientes, y sigue ampliando sus instalaciones y equipo médico para seguir cubriendo más necesidades médicas.

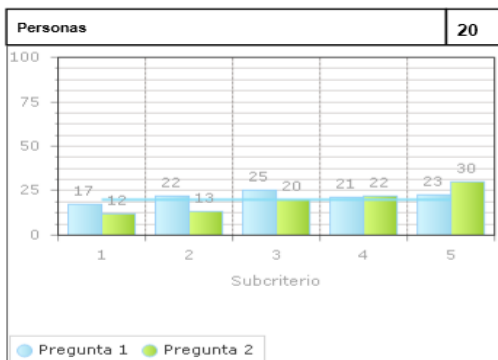
Fuente: Resultados obtenidos por la clínica con el Perfil v. 6.0.

El subcriterio **2c Cómo la organización desarrolla, revisa y actualiza su política y estrategia**, junto con el **2d Cómo la organización, mediante un esquema de procesos clave comunica y despliega su política y estrategia** han sido los de puntuación más baja. En el primer caso, esto puede ser debido a que no existe una planificación estratégica a nivel global establecida y conocida por todo el personal por lo que no se puede verificar si se fundamenta sobre las necesidades de los grupos de interés. En el segundo caso, el plan estratégico de la empresa no es conocido por el personal, más bien es conocido por los directivos y algunos responsables de área.

### 14.3. CRITERIO 3: PERSONAL

Este tercer criterio ha obtenido una puntuación general baja, de un 20 sobre 100.

Figura 29: Informe Criterio 3



El subcriterio **3e La necesidad de la existencia de recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización** ha sido el mejor puntuado debido a la política de remuneración y contratación. Evidentemente las personas con mayor grado de responsabilidad reciben mayor reconocimiento, además también existe un suplemento por antigüedad.

Fuente: Resultados obtenidos por la clínica con el Perfil v. 6.0.

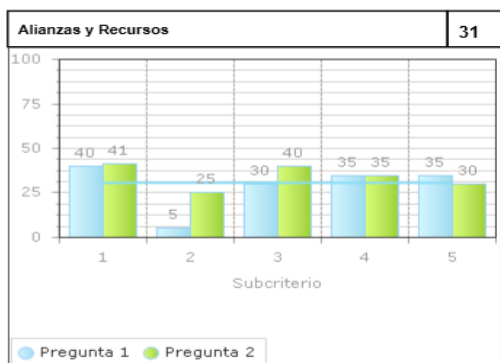
En cambio, el **3a Cómo la organización realiza la planificación, gestión y mejora de sus recursos humanos** ha sido el peor puntuado. Esto puede ser debido a que se trata de una empresa mayormente familiar, y no sólo porque esta empresa pase de padres a hijos sino porque en el personal hay un gran porcentaje de miembros de las mismas familias. Además, no se ha definido un sistema de rotación y sustitución de competencias para cargo, de esta forma al ausentarse una persona sin un sustituto en funciones queda sin hacer su trabajo formando el correspondiente cuello de botella.

### 14.4. CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS

En este criterio siguen también más o menos la misma línea, con un 31 sobre 100, a excepción de los subcriterios de mayor y menor puntuación.

El subcriterio más puntuado ha sido el **4a Cómo la organización gestiona sus alianzas externas** debido a las alianzas de la clínica con aseguradoras privadas, la Seguridad Social y los conciertos con seguros holandeses, entre otros. Además de esto, cuenta con numerosas alianzas con laboratorios u otros hospitales y clínicas.

Figura 30: Informe Criterio 4



Fuente: Resultados obtenidos por la clínica con el Perfil v. 6.0.

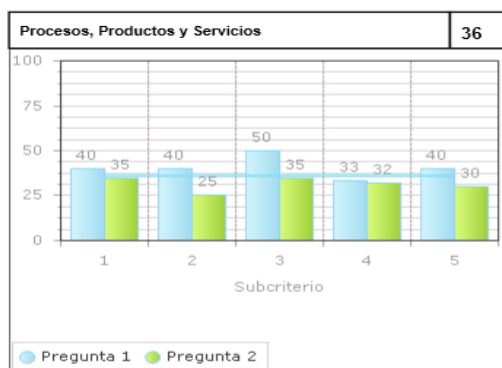
El subcriterio **4b** **Cómo la organización gestiona sus recursos económicos y financieros** ha sido el que menor puntuación ha obtenido debido a la poca planificación sobre estos, y es que los gastos llevados a cabo en las obras no han sido totalmente planificados y sobre ellos se han llevado a cabo cambios y modificaciones que han encarecido el importe final a pagar.

### 14.5. CRITERIO 5: PROCESOS

En este criterio se han obtenido en general buenos resultados, un 36 sobre 100.

El subcriterio con puntuación más alta ha sido el **5c** **Cómo la organización diseña y desarrolla sus productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de sus clientes** ya que el desarrollo del servicio, en el caso de la medicina, se va a llevar a cabo sobre una necesidad real del cliente. Los médicos llevan a cabo un estudio previo y una encuesta al cliente para determinar las actividades que se van a desarrollar para solucionar su dolencia.

Figura 31: Informe Criterio 5



Fuente: Resultados obtenidos por la clínica con el Perfil v. 6.0.

El subcriterio con puntuación más baja ha sido el **5b** **Cómo la organización introduce las mejoras necesarias en sus procesos mediante innovación, a fin de satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor**

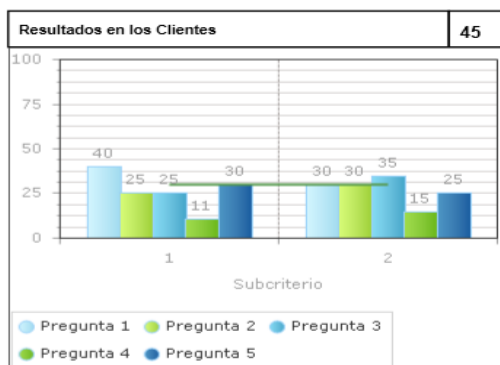
**valor.** Esto es causa de que las acciones de mejora provienen en su mayor parte de iniciativas particulares y no de la información recogida en los indicadores.

#### 14.6. CRITERIO 6: RESULTADOS EN LOS CLIENTES

Este criterio ha quedado bastante bien situado teniendo en cuenta los límites, con un 46 sobre 150.

En cuanto a sus subcriterios, el que ha obtenido mayor y menor puntuación ha sido el mismo pero durante dos preguntas diferentes, y es el **6a Indicadores que miden la**

Figura 32: Informe Criterio 6



**percepción que tienen los clientes de la organización.** Esto podría ser debido a que muchos puntos de este subcriterio se cumplen pero otros no, por ejemplo, la clínica goza de una buena imagen, de unos servicios de calidad y de una atención al cliente buena; pero no siempre el cliente repetirá con esta empresa, ya que la mayoría de los casos el cliente tratará su enfermedad y no volverá a no ser que vuelva a caer enfermo.

Fuente: Resultados obtenidos por la clínica con el Perfil v. 6.0.

No obstante, como ya se ha mencionado en el punto 8.5.1.1. *La matriz de puntuación REDER*, no todos los subcriterios de los criterios 6, 7 y 8 tienen el mismo peso, así pues, el subcriterio 6a tiene un peso del 75% sobre el criterio total, por tanto, su baja puntuación es más preocupante.

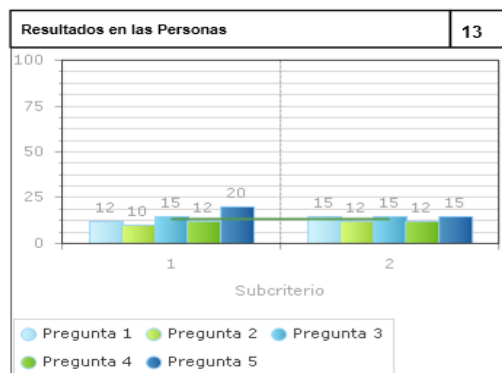
#### 14.7. CRITERIO 7: RESULTADOS EN EL PERSONAL

Este criterio ha obtenido la puntuación más baja, con un 13 sobre 100.

En este caso, al igual que en el anterior, el subcriterio con mayor y con menor puntuación es el mismo, no obstante, observamos que el subcriterio **7a** obtiene una

diferenciación en las puntuaciones, mientras que el **7b** obtiene siempre una puntuación más bien baja.

Figura 33: Informe Criterio 7



El subcriterio **7a Indicadores que miden la percepción que tienen las personas de su organización, de su funcionamiento** ha obtenido una buena puntuación debido a que los miembros de la clínica se sienten motivados y satisfechos de estar en ella, las remuneraciones no son escasas, asumen responsabilidades y las instalaciones son de calidad. Este subcriterio supone un peso del 75% dentro del criterio 7.

Fuente: Resultados obtenidos por la clínica con el Perfil v. 6.0.

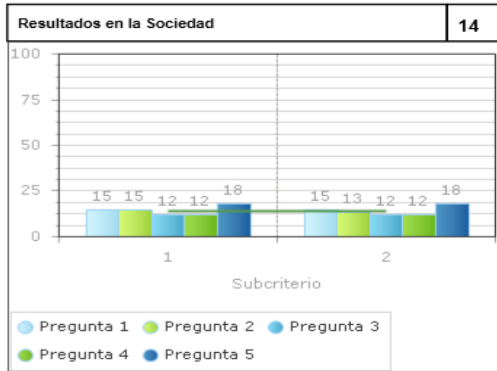
En cambio, el subcriterio **7b Indicadores internos de la organización para medir el rendimiento de las personas que la integran**, con un peso del 25% dentro del criterio, ha obtenido una puntuación baja debido a la escasa implicación de los miembros en la empresa, el escaso tacto por parte de la administración en ciertos casos, y la falta de rapidez de respuesta a las peticiones, entre otros.

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

El criterio 8 ha obtenido también una puntuación baja, con un 14 sobre 100.

En este caso el subcriterio **8a Indicadores que miden la percepción que tiene la sociedad del funcionamiento de la organización** presenta el pico y el valle. El pico es debido a la adecuada información para la preservación y mantenimiento de los recursos, ya que este tipo de empresas generan gran cantidad de residuos tóxicos que se deben de desechar correctamente. No obstante, esta empresa, como ya se ha dicho anteriormente, está formada por familias, lo que puede suponer un punto a su favor si estás dentro de una de esas familias, o un punto en contra si eres ajeno a ellas. En este segundo caso, entrar a formar parte de la plantilla será más difícil.

Figura 34: Informe Criterio 8



El punto **8a** supone el 25% del peso total del criterio 8 y el **8b** el 25%, no obstante, en este caso ambos subcriterios han recibido resultados muy similares, por lo que ambos tendrán propuestas de mejora.

Fuente: Resultados obtenidos por la clínica con el Perfil v. 6.0.

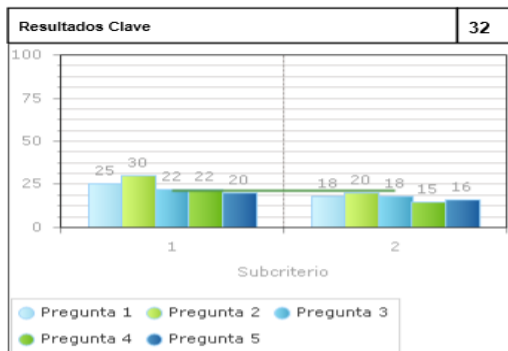
### 14.9. CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE

El criterio 9 ha obtenido una puntuación global de 32 sobre 100, y en cuanto a sus subcriterios, ambos van casi a la par, así el criterio **9b** queda ligeramente detrás del **9a**.

El subcriterio **9a Resultados clave de rendimiento de la organización** trata los

resultados económicos y financieros y los no económicos; mientras que el subcriterio **9b Indicadores clave de rendimiento de la organización** trata los procesos, tecnologías, recursos externos e información y conocimiento, entre otros. Así pues, podemos deducir que la empresa da casi la misma prioridad a ambos subcriterios, obteniendo una ligera ventaja el **9a** ya que se ocupa de los resultados obtenidos y no de los indicadores utilizados.

Figura 35: Informe Criterio 9



Fuente: Resultados obtenidos por la clínica con el Perfil v. 6.0.

## 15. ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS

En este punto, se proponen una serie de mejoras sobre los subcriterios que han obtenido menor puntuación en el punto anterior. Así, los subcriterios nombrados serán aquellos que necesiten una revisión más urgente.

### 15.1. CRITERIO 1: LIDERAZGO

Sobre este criterio, se proponen mejoras sobre todos los subcriterios excepto el de mayor puntuación, que es el **1c Los líderes de la organización interactúan con los clientes, partners y representantes de la sociedad.**

Respecto al primer subcriterio, **1a Los líderes de la organización desarrollan la misión, visión y valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia en una cultura de excelencia**, se debería realizar reuniones o encuestas para la revisión y actualización, si procede, de la misión, visión y valores de la organización. Además de para conocer la opinión del personal sobre los cambios a implantar en los mismos, y emprender las acciones que se consideren necesarias a partir de esta información.

Por otro lado, se deberían proporcionar los recursos necesarios para asegurar que las personas nuevas en la empresa comprendan y asuman los valores de la misma desde el principio.

En cuanto el subcriterio **1b Los líderes de la organización se implican personalmente para garantizar el desarrollo, implicación y mejora continua del sistema de gestión de la organización** se debe incluir la revisión y actualización de los procesos como una de las funciones propias del director general, y deberá realizarse con la colaboración de los responsables del área.

Además se debe aumentar el número de revisiones del sistema, incluyendo a los directivos como asistentes a los Comités de Calidad o habilitar otro tipo de recurso de forma que la Dirección realice un seguimiento de los indicadores con la periodicidad

suficiente para establecer las actualizaciones o acciones de mejora que crea convenientes.

En cuanto al subcriterio **1d Los líderes de la organización refuerzan una cultura de excelencia entre las personas de la organización**, se deben realizar reuniones periódicas con el personal en las que participe la Dirección para conocer las necesidades del personal. Establecer un sistema por el cual todas las sugerencias y aportaciones innovadoras del personal realizadas a la Dirección sean registradas y tenidas en cuenta. Realizar pequeñas reuniones individuales entre la Dirección y cada departamento para definir los planes, objetivos y metas asociados a dicho departamento y a cada uno de sus miembros de forma personal, además de proporcionales los recursos necesarios para alcanzar dichos objetivos. Para fomentar la participación del personal en la definición de nuevas acciones de mejora y su implantación se llevarán a cabo reuniones en las que se planteen los problemas surgidos durante el trabajo y que todavía no se han solucionado.

Por último, **1e Los líderes definen e impulsan el cambio en la organización**. Sobre este subcriterio, se debe buscar, en primer lugar, el compromiso de los patrocinadores para el desarrollo de una iniciativa de innovación que requiere de una voluntad de los mismos para buscar fórmulas que promuevan el interés de las personas. En algunos casos se trata de establecer promociones personales internas, y en otros sistemas de identificación, desarrollo y recompensa formal de los resultados de la innovación. Esta promoción a través de la innovación va unida a una mayor cultura de incentiación del riesgo y su gestión a nivel del desarrollo profesional de los participantes. Además, se debe establecer desde el principio los objetivos del cambio. Se crea un alto nivel de motivación cuando varios miembros de un equipo comparten unos objetivos claros y con los que se sienten identificados, la existencia de unos objetivos retadores para la búsqueda de soluciones a problemas reales, estimula a las personas a dirigir su actividad hacia lo posible, más allá de los límites actuales.

Se debe fomentar la convivencia de múltiples enfoques competitivos internos, en lugar de eliminar iniciativas es mejor que compitan para estimular el compromiso, los resultados y el sentido de urgencia. Con ello se fomenta el esfuerzo para sacar lo mejor del conocimiento de cada persona, y se evita el compromiso prematuro con un único punto de vista.

Definir un plan de desarrollo de los cambios liderado por la Dirección. Se deberán seleccionar personas para la implantación del cambio con alta experiencia en diseño y trabajo en equipo. El dominio de técnicas de generación de ideas y resolución de



problemas en equipos facilita el progreso de las iniciativas, y se requieren de conocimientos complementarios para avanzar hacia la solución.

Los horizontes temporales fijados deben ser lejanos, los equipos expresamente configurados para desarrollar una prospección deben tener una perspectiva de, al menos, 10 años. Esta visión a largo plazo permite enfocar con mayor precisión los recursos y la investigación en el medio plazo. El aporte de criterios de selección para el medio y largo plazo es muy importante, para no desorientar las iniciativas e inversiones actuales.

En la intranet se deberá habilitar un espacio en el que se registren los cambios y la asignación de recursos justificando que son suficientes para una implantación eficaz.

Las reuniones periódicas con el personal serán útiles para comentar el estado de la clínica respecto a los cambios implantados recientemente y a los que se estén implantando o se prevean en un futuro. Y se deberá medir y revisar la eficacia de los cambios y compartir los conocimientos obtenidos.

### 15.2. CRITERIO 2: POLÍTICA Y ESTRATEGIA

Respecto al segundo criterio, sólo se propondrán acciones de mejora sobre de dos de sus subcriterios, ya que es preferible centrarse sobre los dos subcriterios peor situados y mejorarlos antes que intentar aumentar los que ya parten de una mejor puntuación en comparación.

Así pues, en primer se tomará el subcriterio **2c Cómo la organización desarrolla, revisa y actualiza su política y estrategia**. Se deberá habilitar un campo en la intranet al que pueda acceder todo el personal en el que se registren las sugerencias de modificaciones y actualizaciones referentes a las políticas y el plan estratégico de la clínica.

Se convocarán reuniones de periodicidad semestral o anual entre la Dirección y los responsables de área en las que se revise y actualicen las políticas y estrategias de la consultoría.

Respecto al subcriterio **2d Cómo la organización, mediante un esquema de procesos clave comunica y despliega su política y estrategia**, en primer lugar, se deberá enviar un correo mensual, bimensual o trimestral a todo el personal con la

planificación de actividades referente a todos los proyectos y las políticas actualizadas. Se imprimirá una copia de la misma actualizada y se colgará en el tablón de anuncios de la clínica. Por último, se deberá habilitar un campo en la intranet donde se registren las planificaciones y políticas actualizadas y se almacenen las anteriores.

### 15.3. CRITERIO 3: PERSONAL

En cuanto a este criterio, las medidas de mejora propuestas se llevarán a cabo sobre los dos primeros subcriterios, que son el **3a** y **3b**.

Respecto al subcriterio **3a** **Cómo la organización realiza la planificación, gestión y mejora de sus recursos humanos** la clínica deberá empezar revisando y aprobando o corrigiendo, si es necesario, la definición de perfiles profesionales y publicarlos en su web. Además deberá almacenar esta información también en la intranet para que esté al alcance de todo el personal.

También es conveniente redactar los perfiles profesionales que se espera necesitar en un futuro y verificar si el personal contratado los cumple, en caso negativo, aplicar un plan formativo.

Definir una política de personal alineada con la Política de Calidad y el Plan Estratégico de la clínica, e incluir en la misma un apartado referente a la estrategia de formación.

La empresa debe formar al personal no sólo a nivel técnico sino a nivel actitudinal, es decir, para lograr que la gente sepa entenderse a sí misma y entender a los demás, que sepa comunicarse y escuchar, que sepa reconocer y valorar lo que la gente hace bien y dar signos de reconocimiento, que sepa entender a los demás en su mundo y se sienta satisfecha de sí misma, pues esta gente es la gente que produce resultados.

La Dirección deberá incluir entre sus funciones la de selección de los aspirantes a todos los cargos de la empresa, y deberá definir un sistema de rotación y asignación de cargos en funciones para todo el personal.

En relación al subcriterio **3b** **Cómo se realiza la identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización** lo primero que debe hacer la empresa es elaborar un estudio mensual, bimensual o trimestral sobre las necesidades de personal en la clínica.

Respecto a la formación, la empresa debe establecer la que debe recibir cada persona en base al estudio anterior de necesidades del personal, además deberá elaborar una planificación de formación en base a la formación que debe recibir cada persona seleccionando a la persona idónea para impartir cada sesión formativa y proporcionándole el tema de la sesión.

Esta forma de trabajo se debe incluir en el procedimiento de Gestión de los Recursos Humanos bajo el nombre de “Estudio de las necesidades del personal, planificación individual de formación y planificación global de formación”. En este punto también se incluirán los periodos en los que sea imposible realizar sesiones formaciones por motivos de carga de trabajo o periodos vacacionales, entre otros.

La planificación estratégica básica debe ser desarrollada con mayor grado de detalle reflejando las actividades asignadas a cada persona y debe estar al alcance de todo el personal, bien en a través de la intranet o en el tablón de anuncios.

En periodos de carga de trabajo reducida es conveniente que la empresa realice sesiones formativas sobre temas relacionados con las Buenas Prácticas.

El sistema de acceso a la formación y promoción profesional debe ser ecuánime para todas las personas de la clínica.

Por último, la empresa debe fomentar la retención de los profesionales en la clínica pues para las organizaciones orientadas a la excelencia, las personas no son un medio, sino un fin a cuya satisfacción deben también orientar sus esfuerzos.

### 15.4. CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS

Los subcriterios con puntuación más baja en el criterio 4 han sido el subcriterio **4b** y el **4e**, sobre ellos se exponen a continuación una serie de mejoras a implantar por la empresa.

Por un lado, en cuanto al subcriterio **4b Cómo la organización gestiona sus recursos económicos y financieros**, la empresa debe comenzar redactando una planificación de recursos económicos y financieros anual junto con la previsión de resultados económicos que se pretenden alcanzar. Además, deberá elaborar estudios de rentabilidad en base a la información obtenida de la planificación económica, siempre revisando periódicamente y de forma sistemática si se han obtenido los resultados previstos, en caso negativo, deberá rehacerse la programación.

En lo que se refiere al subcriterio **4e Cómo la organización gestiona la información y el conocimiento** primeramente la clínica debe identificar y capturar los conocimientos, es decir, realizar un análisis de los que las personas conocen a través de los procesos, garantizar la accesibilidad a los conocimientos para las personas que lo han de utilizar, realizar un análisis del grado de estructuración del conocimiento en cada uno de los procesos, identificar los procesos y precisen conocimientos clave y determinar las acciones a realizar para estructurarlos y difundirlos.

Para asegurar la adecuada gestión de la información para con los clientes la clínica deberá introducir en su web un apartado en el que se proporcione a los clientes los documentos de trámite.

Deberá proporcionar el espacio necesario para un centro de documentación donde se reúnan todas las publicaciones importantes en materia de gestión de la clínica.

Para dar respuesta a las necesidades de comunicación internas y externas de la clínica, se recomienda que se incluya en la función de gestión de la información a una persona competente y capacitada que se encargue de esto.

### 15.5. CRITERIO 5: PROCESO

Los subcriterios puntuados en este criterio han tenido puntuaciones muy similares entre ellos, no obstante, se propondrán mejoras sobre los dos de puntuación más baja que han sido el **5b** y **5e**.

El primer subcriterio a analizar es el **5b Cómo la organización introduce las mejoras necesarias en sus procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor**. Aquí la empresa deberá sistematizar la propuesta de acciones correctoras a partir de la revisión y evaluación de los indicadores de proceso; establecer y definir los criterios de reconocimiento para las mejoras introducidas por iniciativa del personal; priorizar entre objetivos a conseguir con cada acción de mejora, de forma que aquellos que generen mayor valor a los grupos de interés sean los de mayor importancia.

Más tarde la empresa deberá realizar encuestas para recoger la opinión del personal respecto a la implantación del cambio en la organización, implantando las acciones correctivas pertinentes en caso de ser necesario. Con anterioridad a la implantación de

un cambio la empresa deberá realizar pruebas piloto y controlar su repercusión en otros procesos de la clínica, sobre todo en los procesos clave.

Para asegurar que el personal de la empresa está suficientemente capacitado para la implantación del cambio antes de iniciarlo, la clínica deberá proporcionar la formación suficiente. Después de implantado se deberán comunicar los cambios a todos los grupos de interés afectados.

El segundo y último subcriterio a analizar en este punto es el **5d Cómo la organización produce, distribuye y realiza el servicio de atención a sus productos y servicios**. El punto *7.9.2 Satisfacción del cliente*, citado en la descripción del hospital, deberá ejecutar los procesos de investigación y análisis del consumidor, tabular y presentar resultados, así como intervenir en las acciones que conlleven a una mejora de los procesos, del producto, o servicios que presente la clínica.

### 15.6. CRITERIO 6: RESULTADOS EN LOS CLIENTES

A partir de este criterio hasta el 8, los pesos de los subcriterios no son serán iguales, como ha ocurrido con los anteriores, desde este punto un subcriterio supondrá el 75% del peso del criterio y el otro el 25%.

Las puntuaciones obtenidas en los criterios 6, 7 y 8 han sido bajas de forma general. Es recomendable centrar los esfuerzos en mejorar uno de los subcriterios antes que actuar sobre los dos, por lo que las acciones de mejora propuestas serán siempre sobre el subcriterio que supone el 75% sobre el total de criterio.

Respecto al subcriterio **6a Indicadores que miden la percepción que tienen los clientes de la organización** la empresa deberá definir una serie de indicadores para reflejar la percepción del cliente sobre la clínica.

El primero de estos indicadores está relacionado con la imagen externa de la clínica e incluye: la accesibilidad, la comunicación, la flexibilidad, el comportamiento proactivo, la capacidad de respuesta, el número de premios y nominaciones, y la cobertura en prensa.

Respecto a los productos y servicios la empresa deberá definir indicadores sobre: la calidad, el valor, la fiabilidad, la innovación y el perfil medioambiental.

Las ventas y el servicio posventa abarca lo siguiente: la capacidad y conducta de las personas de la organización, el asesoramiento y apoyo, la documentación y publicaciones para el cliente, el tratamiento de quejas y reclamaciones, la formación sobre el producto o servicio a realizar, el tiempo de respuesta, el apoyo técnico y las garantías.

El último indicador está relacionado con la fiabilidad e incluye: la intención de acudir nuevamente a la clínica tanto para tratamientos similares como para otros servicios médicos, y la voluntad de recomendar la organización.

Por otro lado, la clínica deberá redactar y maquetar un formulario para entregar al cliente y conocer su percepción de la empresa. En dicho formulario el cliente podrá seleccionar de una escala ponderada el nivel de implantación que considere que ha obtenido de la clínica. Los datos obtenidos de estas encuestas deberán ser gestionados adecuadamente, y actualizados y revisados cuando sea necesario, para proponer acciones de mejora adecuadas.

### 15.7. CRITERIO 7: RESULTADOS EN EL PERSONAL

El subcriterio sobre el que se propondrán acciones de mejora en este punto es el **7a Indicadores que miden la percepción que tienen las personas de su organización de su funcionamiento**, como se ha mencionado en el punto anterior, este subcriterio tiene un peso del 75% sobre el total del criterio.

Respecto a este punto, la clínica deberá empezar definiendo los indicadores utilizados para reflejar los logros que alcanza la empresa en relación con las personas que las integra, que se exponen a continuación.

El primero de estos indicadores es la motivación del personal, esto incluye: el desarrollo de sus carreras profesionales; la comunicación; la delegación y asunción de responsabilidades; la igualdad de oportunidades; la implicación; el liderazgo; las oportunidades para aprender y lograr objetivos; el reconocimiento; el establecimiento de objetivos y evaluación de su desempeño; los valores, misión, visión, política y estrategia de la organización; y la formación y desarrollo.

El segundo y último son los indicadores relacionados con la satisfacción del personal, que son: la administración de la organización, las condiciones de empleo, las instalaciones y servicios, las condiciones de higiene y seguridad, la seguridad en el puesto de trabajo, el salario y beneficios, las relaciones entre las personas del mismo

nivel laboral, la gestión del cambio, la política e impacto medioambiental de la organización, el papel de la organización en la comunidad y sociedad, y el entorno de trabajo.

Por otro lado, al igual que en el criterio 6, la empresa deberá redactar y maquetar un formulario para entregar al personal y conocer su percepción de la clínica, y se hará de la misma forma, es decir, con una escala ponderada para poder puntuar el nivel de implantación que considere el trabajador que ha obtenido la empresa.

De igual forma, la clínica también mantendrá registros sobre los absentismos, recogiendo entre otros aspectos la periodicidad y las causas alegadas; los despidos, recogiendo de forma similar a lo anterior la antigüedad y si ha sido previo acuerdo o a sentencia firme; las denuncias de acoso, indicando sexo, personas afectadas y demás circunstancias que identifiquen el caso; las bajas y traslados, indicando las causas que lo motivan; y los puestos de riesgo en la clínica, donde se deben definir y constar el conocimiento de las personas que los desempeñan, haciendo hincapié en el caso de mujeres embarazadas.

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

El subcriterio a analizar en este criterio es el **8b Indicadores internos de la organización para medir su rendimiento hacia la sociedad**, que es el subcriterio que supone el 75% del peso en el criterio.

Para mejorar en el resultado obtenido en este subcriterio la empresa deberá definir los siguientes indicadores de rendimiento: el tratamiento de los cambios en los niveles de empleo; la cobertura en prensa; las relaciones con las autoridades en cuestiones como las certificaciones, los pagos y permisos, la planificación y el lanzamiento de productos; y las felicitaciones y premios recibidos.

### 15.9. CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE

Los dos subcriterios pertenecientes a este criterio tienen el mismo peso, es decir, de un 50% cada uno. Dado que ambos han obtenido puntuaciones bajas se presentarán acciones de mejora sobre ambos al mismo tiempo.

En primero lugar, sobre el subcriterio **9a Resultados clave de rendimiento de la organización** la empresa deberá definir los siguientes indicadores para evaluar qué logros está alcanzando la organización con relación al rendimiento planificado y cuáles son los resultados clave del rendimiento de la organización en relación con los objetivos que se han planteado.

Así pues, respecto a los resultados económicos y financieros se incluyen: los márgenes brutos, los beneficios netos, las ventas y el cumplimiento de los presupuestos.

En cuanto a los resultados no económicos los indicadores son: la cuota de mercado, el tiempo de lanzamiento de nuevos productos, los volúmenes y el índice de éxito.

Para terminar, respecto al subcriterio **9b Indicadores clave de rendimiento de la organización** la clínica deberá definir una serie de indicadores de rendimiento que se exponen a continuación.

En cuanto a los procesos los indicadores son: el rendimiento, el despliegue, las evaluaciones, las innovaciones, las mejoras, la duración de los ciclos, las tasas de defectos, la madurez, la productividad y el tiempo de lanzamiento de nuevos productos.

Respecto a los recursos externos, incluidos las alianzas se incluye: el rendimiento de los proveedores, los precios de los proveedores, el número y valor añadido de las alianzas, el número y valor añadido de las soluciones innovadoras a productos y servicios generadas por los partners, el número y valor añadido de las mejoras conjuntas logradas por los partners y el reconocimiento a la contribución de los partners.

En relación a la economía y finanzas los indicadores que incluye son: los temas relativos al flujo de caja, los elementos del balance, la depreciación, los costes de mantenimiento, la rentabilidad de los dividendos, el rendimiento de los activos netos y las clasificaciones de los créditos.

En lo que se refiere a los edificios, equipos y materiales están: los índices de defectos, la rotación de inventarios, los consumos de suministros y el uso.

Los indicadores de la tecnología son: el ritmo de innovación, el valor de la propiedad intelectual, las patentes y los royalties.



## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

Por último, los indicadores de la información son: la información y el conocimiento, la accesibilidad, la integridad, la relevancia, que sea oportuna y puntual, la participación y uso del conocimiento y el valor y capital intelectual.

## 16. CONCLUSIONES

El presente proyecto ha permitido estudiar y analizar la problemática del sector sanitario en España. Esta clínica en concreto destaca por su compromiso con la excelencia y la calidad, además de por sus proyectos y colaboraciones en investigación.

Por otro lado, la herramienta de autoevaluación diseñada a partir de la versión de 2003 del Modelo EFQM ha permitido conocer las áreas fuertes y débiles de esta clínica, poniendo de manifiesto formalmente algunas áreas de mejora hasta ahora ignoradas o subestimadas. Quedan de manifiesto los principales aspectos de mejora de la clínica que son la necesaria orientación del liderazgo de la clínica hacia la Excelencia, la revisión tanto de la política como de la estrategia de la clínica, la recomendación de la elaboración de políticas de personal y asignación de recursos, y finalmente, la precisa definición de criterios indicadores relacionados con los criterios 6, 7, 8 y 9 que ya se indicaron en el apartado “15. Acciones de mejora propuestas”.

En base a los resultados obtenidos, se puede afirmar que el Modelo EFQM utilizado mediante la herramienta de autoevaluación diseñada para empresas, ha resultado ser una herramienta útil y factible de aplicar a este tipo de organizaciones ya que proporciona resultados cuantitativos de las áreas internas de las empresas. Estos resultados pueden compararse con los de las otras clínicas y hospitales de características similares. Este aspecto es de suma importancia para poder realizar seguimientos de objetivos y formales en el futuro a los procesos de mejora que aborden este tipo de organizaciones.

# BIBLIOGRAFÍA

- Abajo Merino, R. (2013). Memoria EFQM estructurada.
- Acorde Consulting. (2012). Evaluación externa EFQM. Claves metodológicas para presentar la candidatura.
- Agencia de Evaluación y Calidad. (2009). *Certificación del nivel de Excelencia de las organizaciones públicas - Sello AEVAL basado en el Modelo EFQM de Excelencia nivel 200-299 puntos.*
- Asociación Española de Normalización y Certificación. (2010). Obtenido de [www.aenor.es](http://www.aenor.es)
- Calvo, J., de la Peña, J., San José, J., Redondo, A., Moracho, O., Ruiz, A., y otros. (2010). Aclaraciones de Euskalit sobre el Modelo EFQM .
- Carot Sierra, J., & Jabaloyes Vives, J. (2005). *El Modelo EFQM como base para la gestión de las organizaciones.* Gadic.
- Carot Sierra, J., Gironés Gil, M., & Jabaloyes Vives, J. (s.f.). Guía para la elaboración de una memoria EFQM en centros educativos.
- Centro de Formación de Postgrado. (Mayo 2004). *Memoria EFQM.*
- Club de Excelencia en Gestión. (2013). Sello Compromiso hacia la Excelencia.
- EFQM levels of excellence. European Quality Award: information for applicants.* (2004). Obtenido de [www.efqm.org](http://www.efqm.org)
- Fleitman, J. (s.f.). Sensibilización al cambio para implantar un Modelo EFQM.
- Fundación Europea para la Gestión de la Calidad. (s.f.). Obtenido de [www.efqm.es](http://www.efqm.es)
- Instituto Nacional de la Estadística. (s.f.). Obtenido de [www.ine.es](http://www.ine.es)
- Jabaloyes, Miró, Carot, Martínez, & Carrión. (2011). *Sistemas de Gestión de la Calidad. Modelo ISO 9000 y EFQM.* SPUPV.
- Junta de Andalucía. (s.f.). [www.juntadeandalucia.es/justiciayadministracionpublica](http://www.juntadeandalucia.es/justiciayadministracionpublica).
- Lewis, J. (1999). *EFQM Excellence Model: use handbook and guide for service reviews in local government.*
- Manual de Calidad de la Clínica. (s.f.).

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

Martínez Mediano, C., & Riopérez Losada, N. (2005). *El Modelo de Excelencia en la EFQM y su aplicación para la mejora de la calidad de los centro educativos*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

*Modelo EFQM de Excelencia. Caso práctico para la Administración Pública*. (2004). Editorial Bosch S.L.

Moreno Alego, J. (2007). *Guía para la aplicación del Modelo EFQM de Excelencia*.

Narbate Hernández, C. (2007). *Autoevaluación con el Modelo EFQM de Excelencia*.

Organización Mundial de la Salud. (2004).

Penacho, J. (s.f.). *La mejora continua como filosofía fundamental en la gestión de la calidad empresarial*. Forum Calidad.

Tort I Martorell, X., & Massó Pérez, X. (2000). *El Modelo EFQM aplicado a la universidad. Un caso práctico*. Ediciones UPC. Editorial Agapea.

TQM Asesores. (s.f.). Obtenido de [www.tqm.es](http://www.tqm.es)

Tudela Guerrero, S. (Octubre 2009). *Manual de gestión integral y de procedimientos de una empresa dedicada al sector servicios*.

# ANEXOS

Ha continuación se incluyen el Manual de Calidad de la clínica y su Plan de Calidad de Procesos. Se ha sustituido el nombre de la empresa por el de “Organización X” para mantener la confidencialidad de la misma.

## MANUAL DE CALIDAD

Esta décima edición (Rev. L) del Manual de Calidad ha sido elaborada por la Coordinadora de Calidad de la organización x, siendo revisada por los abajo firmantes, habiendo sido aprobada por el Director Gerente y el Administrador, con vigencia a partir de la fecha de su firma.

Todos los miembros de la empresa asumen y aceptan los contenidos de este Manual y se comprometen a aplicarlo en sus respectivos puestos de trabajo para conseguir el correcto funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad de la Organización x.

01 de Septiembre de 2011

\_\_\_\_\_  
DIRECTORA MEDICA

\_\_\_\_\_  
COORDINAD. CALIDAD

\_\_\_\_\_  
RESP. INSTALACIONES

\_\_\_\_\_  
DIR ADMINISTRACION

\_\_\_\_\_  
RESP. ENFERMERIA

\_\_\_\_\_  
Resp. LABORATORIO

\_\_\_\_\_  
Resp. HEMODIÁLISIS

\_\_\_\_\_  
JEFE SERVICIO TCO

\_\_\_\_\_  
Resp. HEMODINÁMICA

\_\_\_\_\_  
Resp. NEUROFISIOLOGÍA

\_\_\_\_\_  
RESP. ADMISION

\_\_\_\_\_  
Resp. FARMACIA

\_\_\_\_\_  
Resp. ANATOMIA  
PATOLOGICA y QUIROFANO

\_\_\_\_\_  
Resp. ESTERILIZACION

\_\_\_\_\_  
RESP. RADIOTERAPIA

\_\_\_\_\_  
Resp. MEDICINA NUCLEAR

\_\_\_\_\_  
RESP. ONCOLOGIA

\_\_\_\_\_  
Resp. RESON. MAGNETICA

## **CAPITULO 0. NOMENCLATURA Y TERMINOLOGIA**

Presentamos a continuación la Nomenclatura y Terminología aplicable a las actividades de LA ORGANIZACIÓN X y su Sistema de Calidad y MA:

Términos relativos a la calidad:

- Calidad: Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
- Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
- Clase: Categoría o rango dado a diferentes requisitos de la calidad para productos, procesos o sistemas que tienen el mismo uso funcional
- Satisfacción del cliente: Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.
- Capacidad: Aptitud de una organización, sistema o proceso para realizar un producto que cumple los requisitos para ese producto.

Términos relativos a la gestión:

- Sistema: Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan.
- Sistema de gestión: Sistema para establecer la política y los objetivos y para lograr dichos objetivos.
- Sistema de gestión de la calidad: Sistema de gestión (para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.
- Política de la calidad: Intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección.
- Objetivo de la calidad: Algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad.
- Gestión: Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.
- Alta dirección: Persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una organización.
- Gestión de la calidad: Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad.
- Planificación de la calidad: Parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados para cumplir los objetivos de la calidad.
- Control de la calidad: Parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.
- Aseguramiento de la calidad: Parte de la gestión de la calidad.
- Orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos de la calidad.
- Mejora de la calidad: Parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad.
- Mejora continua: Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

- Eficacia: Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
- Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

### Términos relativos a la organización:

- Organización: Conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones.
- Estructura de la organización: Disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones entre el personal.
- Infraestructura: Sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una organización.
- Ambiente de trabajo: Conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo.
- Cliente: Organización o persona que recibe un producto
- Proveedor: Organización o persona que proporciona un producto.
- Parte interesada: Persona o grupo que tenga un interés en el desempeño o éxito de una organización.

### Términos relativos al proceso y al producto:

- Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
- Producto: Resultado de un proceso.
- Proyecto: Proceso único consistente en un conjunto de actividades coordinadas y controladas con fechas de inicio y de finalización, llevadas a cabo para lograr un objetivo conforme con requisitos específicos, incluyendo las limitaciones de tiempo, costo y recursos.
- Diseño y desarrollo: Conjunto de procesos que transforma los requisitos en características especificadas o en la especificación de un producto, proceso o sistema.
- Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

### Términos relativos a las características:

- Característica: Rasgo diferenciador.
- Característica de la calidad: Característica inherente de un producto, proceso o sistema relacionada con un requisito.
- Seguridad de funcionamiento: Término colectivo utilizado para describir el desempeño de la disponibilidad y los factores que la influyen: desempeño de la confiabilidad, de la capacidad de mantenimiento y del mantenimiento de apoyo.
- Trazabilidad: Capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración.

### Términos relativos a la conformidad:

- Conformidad: Cumplimiento de un requisito.
- No conformidad: Incumplimiento de un requisito.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

- Defecto: Incumplimiento de un requisito asociado a un uso previsto o especificado.
- Acción preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.
- Acción correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.
- Corrección: Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.
- Reproceso: Acción tomada sobre un producto no conforme para que cumpla con los requisitos.
- Reclasificación: Variación de la clase de un producto no conforme, de tal forma que sea conforme con requisitos que difieren de los iniciales.
- Reparación: Acción tomada sobre un producto no conforme para convertirlo en aceptable para su utilización prevista.
- Desecho: Acción tomada sobre un producto no conforme para impedir su uso inicialmente previsto.
- Concesión: Autorización para utilizar o liberar un producto que no es conforme con los requisitos especificados.
- Permiso de desviación: Autorización para apartarse de los requisitos originalmente especificados de un producto, antes de su realización.
- Liberación: Autorización para proseguir con la siguiente etapa de un proceso.

### Términos relativos a la documentación:

- Información: Datos que poseen significado.
- Documento: Información y su medio de soporte.
- Especificación: Documento que establece requisitos.
- Manual de la calidad: Documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización.
- Plan de la calidad: Documento que especifica qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse a un proyecto, proceso, producto o contrato específico.
- Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

### Términos relativos al examen:

- Evidencia objetiva: Datos que respaldan la existencia o veracidad de algo.
- Inspección: Evaluación de la conformidad por medio de observación y dictamen, acompañada cuando sea apropiado por medición, ensayo/prueba o comparación con patrones.
- Ensayo/prueba: Determinación de una o más características (3,5) de acuerdo con un procedimiento.
- Verificación: Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.
- Validación: Confirmación mediante el suministro de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista.



## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

- Proceso de calificación: Proceso para demostrar la capacidad para cumplir los requisitos especificados.
- Revisión: Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.

### Términos relativos a la auditoría:

- Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.
- Programa de la auditoría: Conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.
- Criterios de auditoría: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia.
- Evidencia de la auditoría: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.
- Hallazgos de la auditoría: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.
- Conclusiones de la auditoría: Resultado de una auditoría que proporciona el equipo auditor tras considerar los hallazgos de la auditoría.
- Cliente de la auditoría: Organización o persona que solicita una auditoría.
- Auditado: Organización que es auditada.
- Auditor: Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría.
- Equipo auditor: Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría.
- Experto técnico: <auditoría> Persona que aporta experiencia o conocimientos específicos con respecto a la materia que se vaya a auditar.
- Competencia: Habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes.

### Términos relativos al aseguramiento de la calidad para los procesos de medición:

- Sistema de control de las mediciones: Conjunto de elementos interrelacionados o que interactúan necesarios para lograr la confirmación metrológica y el control continuo de los procesos de medición.
- Proceso de medición: Conjunto de operaciones que permiten determinar el valor de una magnitud.
- Confirmación metrológica: Conjunto de operaciones necesarias para asegurar que el equipo de medición cumple con los requisitos para su uso previsto.
- Equipo de medición: Instrumento de medición, software, patrón de medición, material de referencia o equipos auxiliares o combinación de ellos, necesarios para llevar a cabo un proceso de medición.
- Característica metrológica: Rasgo distintivo que puede influir sobre los resultados de la medición.
- Función metrológica: Función con responsabilidad en la organización para definir e implementar el sistema de control de las mediciones.

Términos relativos al Medio Ambiente:

- Medio ambiente: Entorno en el cual una organización opera, incluyendo el aire, el agua, la tierra, los recursos naturales, la flora, la fauna, los seres humanos y sus interrelaciones.
- Aspecto medioambiental: Elemento de las actividades, productos o servicios de una organización que puede interactuar con el medio ambiente.
- Impacto medioambiental: Cualquier cambio en el medio ambiente, sea adverso o beneficioso, resultante en todo o en parte de las actividades, productos y servicios de una organización.
- Sistema de gestión medioambiental: La parte del sistema general de gestión que incluye la estructura organizativa, la planificación de las actividades, las responsabilidades, las prácticas, los procedimientos, los procesos y los recursos para desarrollar, implantar, llevar a efecto, revisar y mantener al día la política medioambiental.
- Objetivo medioambiental: Fin medioambiental de carácter general, que tiene su origen en la política medioambiental que una organización se marca así misma, y que está cuantificado siempre que sea posible.
- Meta medioambiental: Requisito detallado de actuación, cuantificado cuando sea posible, aplicable a la organización o a parte de la misma, que proviene de los objetivos medioambientales y que debe establecerse y cumplirse en orden a alcanzar dichos objetivos.
- Política medioambiental: Declaración por parte de la organización, de sus intenciones y principios en relación con su comportamiento medioambiental general, que proporciona un marco para su actuación y para el establecimiento de sus objetivos y metas.
- Desempeño ambiental: Resultados medibles del sistema de gestión ambiental, relacionados con el control de una organización sobre sus aspectos ambientales, basado en su política, objetivos y metas ambientales.

Términos Básicos de Radiofísica y Protección Radiológica. Términos físicos, magnitudes y unidades:

- Radiaciones ionizantes: Son las radiaciones compuestas de fotones o de partículas capaces de producir iones directa o indirectamente.
- Actividad (A): Cociente  $dN$  por  $dt$ , donde  $dN$  es el número de transformaciones nucleares espontáneas que se producen en una cantidad de radionucleido durante el tiempo  $dt$ . La unidad de actividad en el Sistema Internacional es el Becquerel (Bq) ( $1 \text{ Bq} = 1 \text{ s}^{-1}$ ). La antigua unidad era el curio (Ci):  $1 \text{ Ci} = 3.7 \cdot 10^{10} \text{ Bq}$
- Dosis absorbida (D): Es el cociente  $dE$ , por  $dm$ , donde  $dE$  es la energía media absorbida por la radiación a la materia en un elemento de volumen y  $dm$  la masa contenida en dicho elemento de volumen  $D = dE / dm$ . La unidad de dosis absorbida en el Sistema Internacional es el Gray (Gy) ( $1 \text{ Gy} = 1 \text{ J/Kg}$ ). La antigua unidad era el rad:  $1 \text{ Gy} = 100 \text{ rads}$ .
- Dosis Equivalente (H): Es la dosis absorbida promediada en un tejido u órgano (en lugar de en un punto) y ponderada para la calidad de la radiación de interés. El factor de ponderación para este propósito se denomina factor de

ponderación de la radiación  $w$ , (antes denominado factor de calidad), y se selecciona para el tipo y energía de la radiación incidente en el cuerpo, o, para fuentes internas, emitidas por la fuente. La dosis equivalente en un tejido  $T$  viene dada por la expresión  $H_t = w * D_{t,r}$ ; donde  $D_{t,r}$  es la dosis absorbida promediada sobre el tejido u órgano  $T$ , debida a la radiación  $R$ . La unidad especial en el Sistema Internacional (S.I.) de la dosis equivalente es el Sievert (Sv) ( $1 \text{ Sv} = 1 \text{ J/Kg}$ ). La antigua unidad era el rem  $1 \text{ Sv} = 100 \text{ rems}$ .

- Exposición: Es la acción y efecto de someter a las personas a las radiaciones ionizantes.
- Exposición externa: Es la exposición al organismo a fuentes exteriores a él.
- Exposición interna: Es la exposición del organismo a fuentes interiores a él.
- Exposición total: Es la suma de las exposiciones externa e interna.
- Exposición continua: Es la exposición externa prolongada cuya tasa puede, sin embargo, variar con el tiempo, o la exposición interna resultante de una incorporación permanente cuya intensidad varía con el tiempo.
- Exposición única: Es la exposición externa de corta duración o la exposición interna resultante de una incorporación de radionucleidos durante un corto período de tiempo.
- Exposición global: Es la exposición considerada como homogénea en el cuerpo entero.
- Exposición parcial: Es la exposición localizada esencialmente sobre una parte del organismo o sobre uno o más órganos o tejidos, o la exposición del cuerpo entero considerada como no homogénea.
- Dosis efectiva ( $H_e$ ): Es la suma ponderada de las dosis equivalentes medias, recibidas en los distintos órganos o tejidos. Viene dado por la expresión ( $H_e = \sum w_t * w_r * D_{t,r}$ ), donde aparece el factor  $w_t$  denominado factor de ponderación del tejido  $T$ , que es independiente del tipo y energía de la radiación. Da una idea de la mayor o menor radiosensibilidad de cada tejido.
- Dosis interna integrada o dosis comprometida: Es la dosis que será recibida en cincuenta años en un órgano o tejido, como consecuencia de la incorporación de uno o varios radionucleidos.
- Contaminación radiactiva: Es la presencia indeseable de sustancias radiactivas en una materia, una superficie, un medio cualquiera o en una persona. En el caso particular del organismo humano, esta contaminación puede ser externa o cutánea, cuando se ha depositado en la superficie exterior, o interna, cuando los radionucleidos han penetrado en el organismo por cualquier vía (inhalación, ingestión percutánea, etc.).
- Límites de dosis: Son los límites fijados por el Reglamento de Protección Sanitaria contra las Radiaciones ionizantes para las dosis resultantes de la exposición de los trabajadores profesionalmente expuestos y de los miembros del público, no teniendo en cuenta las dosis resultantes del fondo radiactivo natural y de la exposición sufrida como consecuencia de los exámenes y tratamientos médicos.
- Incorporación: Es la actividad que penetra en el organismo desde el medio exterior.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

- Límites de incorporación anual: Es la actividad que, introducida en el organismo de un individuo dado ocasiona una dosis interna integrada igual al límite de dosis anual correspondiente.
- Radiotoxicidad: Es la toxicidad debida a las radiaciones ionizantes emitidas por un radionucleido incorporado y por sus descendientes; la radiotoxicidad no sólo depende de sus características radiactivas, sino también de su estado físico-químico y del metabolismo del elemento en el organismo o en un determinado órgano.
- Efectos biológicos estocásticos: Son los que se caracterizan por una relación dosis-efecto de naturaleza probabilística. Propiedades de estos efectos biológicos estocásticos son la carencia de dosis umbral y que su gravedad no depende de la dosis recibida.
- Efectos biológicos no estocásticos (deterministas): Son los que se caracterizan por una relación de causalidad determinista entre la dosis y el efecto. Únicamente se manifiestan cuando la dosis recibida alcanza o sobrepasa determinado valor, dosis umbral. Su gravedad depende de la dosis recibida.

### Otros términos de interés:

- Accidente: Acontecimiento imprevisto que provoca daños a una instalación o una perturbación para la buena marcha de ésta, y que puede implicar, para una o más, personas, recibir una dosis superior a los límites de dosis.
- Calibración: De un dosímetro es la determinación de su respuesta a una exposición o a una dosis absorbida de radiación conocida.
- Colimador (diafragma): Dispositivo adicional que define las dimensiones de un haz de radiación.
- Comisión Internacional para la Protección Radiológica (ICRP): Organismo fundado en 1928, cuya principal misión es emitir recomendaciones sobre Protección Radiológica a la vista de los resultados y observaciones experimentales obtenidos por la comunidad científica. El prestigio y la independencia de sus componentes otorgan gran importancia a las mismas, y justifican que los diferentes gobiernos nacionales o comunitarios las adopten para configurar sus respectivas legislaciones en materia de Protección Radiológica.
- Concentración de actividad: Para un material radiactivo es la actividad por unidad de masa o unidad de volumen.
- Consejo de Seguridad Nuclear (CSN): Único organismo español competente en materia de seguridad nuclear y Protección Radiológica.
- Dosímetro: Dispositivo, instrumento o sistema que puede utilizarse para medir o evaluar cualquier magnitud que pueda estar relacionada con la determinación de la dosis absorbida o equivalente.
- Fondo radiactivo natural: Está constituido por el conjunto de radiaciones ionizantes que provienen de fuentes naturales terrestres o cósmicas. Su valor puede tomarse, en general, como de 0.2  $\mu\text{Sv/h}$ , aunque depende de la altitud, latitud y situación geográfica concreta (aprox. 0,1-0,15 mSv/mes)
- Fuente: Aparato o sustancia capaz de emitir radiaciones ionizantes.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

- Fuente encapsulada: Fuente constituida por sustancias radiactivas sólidamente incorporadas en materias sólidas inactivas o bien en el interior de envolturas inactivas con una resistencia suficiente para evitar, en condiciones normales de utilización, toda dispersión de material radiactivo.
- Fuente no encapsulada: Fuente cuya presentación y condiciones normales de utilización no permiten prevenir la dispersión de la sustancia radiactiva.
- Gammacámara: Aparato que permite obtener imágenes de un órgano que previamente ha sido marcado con material radiactivo.
- Gammateca (Cámara caliente): Local donde se almacena material radiactivo para su posterior utilización.
- Grupo de referencia (grupo crítico) de la población: Grupos formados por personas cuya exposición sea razonablemente homogénea y representativa de la de los individuos más expuestos de la población.
- In vitro: Pruebas realizadas exclusivamente en laboratorio.
- In vivo: Pruebas realizadas total o parcialmente en organismos vivos.
- Instalación radiactiva: Instalación de cualquier clase que contenga una fuente radiactiva en cantidades superiores a los límites fijados por la ley, o un aparato productor de radiaciones ionizantes. Las instalaciones de rayos X con fines de diagnóstico médico quedan incluidas en esta definición.
- Ionización: Fenómeno por el que un átomo pierde o gana electrones.
- Medicina Nuclear: Especialidad médica que utiliza fuentes radiactivas no encapsuladas con fines de diagnóstico médico y terapia.
- Miembros del público: Individuos de la población con excepción de los trabajadores expuestos y estudiantes durante sus horas de trabajo habitual.
- Nivel de referencia: En general, valor de una cierta magnitud física, que sirve para decidir o está asociado a la conducta a seguir cuando se supera dicho valor o se prevé que va a superarse. No puede considerarse nunca como un límite. Los más frecuentemente utilizados son: nivel de registro, nivel de investigación, nivel de intervención.
- Nivel de registro: Un nivel de registro es el nivel de referencia cuya superación implica que se anoten y archiven los resultados obtenidos.
- Nivel de investigación: Es el nivel de referencia cuya superación justifica una investigación de los hechos y circunstancias que la determinaron.
- Nivel de intervención: Nivel de referencia cuya superación o previsión de que se supere condiciona la realización de determinadas acciones correctivas o preventivas, según el caso, para paliar o eliminar los riesgos o daños que pueda suponer.
- Operador de instalaciones radiactivas: Persona con licencia o acreditación, otorgada por el CSN, capacitada para la manipulación de material radiactivo y/o equipos productores de radiación.
- Pantalla: Dispositivo absorbente interpuesto en el trayecto de la radiación para interceptaría total o parcialmente con el fin de protegerse.
- Período de semidesintegración (físico): El tiempo necesario para que la actividad de un elemento radiactivo disminuya a la mitad.
- Período efectivo: El tiempo necesario para que la actividad de un elemento radiactivo incorporado al organismo disminuya a la mitad. Tiene en cuenta el

periodo físico y el período biológico de eliminación a través de las vías naturales (sudor, orina, etc.)

- Población en su conjunto: Toda la población, comprendiendo los trabajadores profesionalmente expuestos, los estudiantes y los miembros de] público.
- Radionucleido: Átomos que emiten radiación de forma espontánea y continua.
- Radioterapia: Especialidad médica que utiliza las radiaciones ionizantes con fines terapéuticos. La braquiterapia está incluida en esta especialidad. No utiliza fuentes no encapsuladas.
- Sustancia radiactiva: Sustancia que contiene uno o varios radionucleidos cuya actividad no es despreciable desde el punto de vista de la radioprotección.
- Supervisor de instalaciones radiactivas: Persona con licencia o acreditación otorgada por el CSN, capacitada para dirigir el funcionamiento de una instalación radiactiva y las actividades de los operadores.
- Trabajadores profesionalmente expuestos: Aquellos que por razón de su trabajo están sometidos a un riesgo de exposición a las radiaciones ionizantes, que puede suponer recibir dosis anuales superiores a 1/10 de los límites de dosis anuales fijados para los trabajadores.
- Verificación: De un dosímetro es la comprobación de la estabilidad de su respuesta a una exposición o a una dosis absorbida de radiación dadas, aunque no necesariamente conocidas.
- Zona controlada y vigilada: Zonas sometidas a reglamentación por razones de protección contra las radiaciones ionizantes y en las cuales el acceso está reglamentado.

Términos específicos de la ORGANIAZAICIÓN X:

- Citación: Acción de acordar con un paciente fecha y hora para realizarle la exploración.
- Admisión: Proceso mediante el cual un Paciente ingresa en la Clínica para recibir un tratamiento.
- Radiólogo: Médico especialista en radiología.
- Hemodinamista: Médico Cardiólogo, con especialidad en Hemodinámica.
- Hemodinámica: Actuaciones diagnósticas o intervencionistas en el aparato cardiovascular por medio de cateterismos.
- Cateterismo: Introducción de un catéter en el Sistema cardiovascular con fines diagnósticos o intervencionistas.
- Catéter: tubo con diverso instrumental que de forma controlada se introduce en el sistema venoso para realizar determinaciones o actuaciones sobre el mismo.
- HD: Hemodiálisis. Ver diálisis.
- Historia Clínica: Documentación recogida en un elemento de archivo, donde se depositan y transcriben todas las actuaciones y controles llevadas a cabo sobre un Paciente.
- HM: Hemodinámica.
- Informe: Documento firmado que redacta el médico en relación a los hallazgos encontrados en la exploración o diagnóstico realizado.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Nefrólogo: Médico con titulación en nefrología que dirige e informa la diálisis realizada.
- Neurofisiólogo: Médico con titulación en Neurofisiología que dirige los estudios de su especialidad.
- Diálisis: Realización de un tratamiento por el cual se sustituye el funcionamiento del riñón, por medios técnicos.
- Dializadores: Elemento que facilita la realización de la diálisis mediante el intercambio entre la sangre y el líquido de diálisis a través de una membrana adecuada.
- Oncología: Tratamiento de tumores y cánceres.
- Hospital de Día: Sala en la cual el Servicio de Oncología procede a realizar sus diagnosis y tratamientos de forma ambulatoria.
- Autoclave: Dispositivo usado para esterilizar instrumental y otro producto sanitario.
- PET: Equipo de Tomografía por Emisión de Positrones, usado en diagnóstico no invasivo.
- GAMMACAMARA: Dispositivo de captura de imágenes basada en fuentes de radiación gamma que se inyectan al paciente bajo estudio.
- Radiofármaco: Radioisotopos que se inyectan al paciente para estudios diagnósticos, detectados por Gammacameras.
- MOD: Sistema de almacenamiento en soporte magnetoóptico.
- RM: Resonancia Magnética.
- DAT: Soporte de almacenamiento en cinta magnética.
- Exploración: Proceso de obtención de imágenes a través de la técnica de Resonancia Magnética u otra, con el fin de emitir un diagnóstico médico.
- Informe: Documento escrito en el que el facultativo edita el diagnóstico emitido tras la exploración o a la finalización del tratamiento.
- TER: Técnico Especialista en Radiodiagnóstico.

## **CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN A LA EMPRESA**

### **1.0.1. Breve Perfil Histórico de la ORGANIZACIÓN X.**

La ORGANIZACIÓN X comenzó sus actividades con su nueva propiedad orientación en 1986, partiendo de una anterior Clínica, con orientación hacia la cobertura de situaciones no cubiertas por la Seguridad Social, en especial dada la afluencia turística en la ciudad.

Con posterioridad, se inician las concertaciones de Servicios con la Agencia Valenciana de Salud, para el área de Benidorm y circundantes.

### 1.0.2. Integración y posicionamiento

Podemos considerar a la ORGANIZACIÓN X como el establecimiento Sanitario privado líder de la zona.

La ORGANIZACIÓN X está formada por las principales áreas:

- Área Administrativa (Facturación, Contabilidad, Financiera).
- Área Recepción y Relaciones Publicas, incluyendo servicio traducción
- Áreas Policlínica de Consultas Externas a Pacientes privados y asegurados ambulantes.
- Área de Urgencias, incluyendo Ambulancias del Centro.
- Área de Quirófanos y UCI, incluyendo el Servicio de Esterilización.
- Área de Clínica con sus tres Plantas de Habitaciones.
- Áreas de Servicios Médicos especializados: Hemodiálisis, Hemodinámica y Cardiología intervencionista, Cardiología y Cirugía Cardíaca, Neurofisiología, Radiología, Rehabilitación, etc... Alguno de ellos concertados con la AVS.
- Área de Laboratorio de determinaciones analíticas.
- Área de Anatomía Patológica.
- Área de Farmacia Interna.
- Área de Limpieza y Gestión de Lavandería.
- Área de Cocina y Cafetería
- Área de Servicios Técnicos y Compras.
- Área Médica
- Área de Enfermería.
- Área Oncología Integral: Radioterapia, Oncología Médica, Hospital de Día, Medicina Nuclear.

En la actualidad, el reparto de clientes por nacionalidades a los que sirve la ORGANIZACIÓN X es como sigue:

- 40 % Clientes nacionales.
- 25 % Clientes Centroeuropeos.
- 25 % Clientes Británicos
- 10 % Clientes de otras nacionalidades

La ORGANIZACIÓN X aparece en una gran variedad de catálogos turísticos nacionales y extranjeros, teniendo presencia en INTERNET.

### 1.0.3. Gama de productos y servicios

La ORGANIZACIÓN X ofrece servicios de Hospitalización con ubicación en 3 plantas y capacidad de 165 camas, de ellas 15 en la UCI, con la siguiente oferta de servicios:

- Aire acondicionado en habitaciones
- Calefacción
- Televisión color satélite
- Teléfono



## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

- Cuarto de baño
- Servicio de Comidas en Habitaciones
- Servicio de Limpieza
- Servicio de habitaciones

En la ORGANIZACIÓN X se ofrecen a su clientela los siguientes servicios, de forma ambulatoria en su Policlínica o Residencial para los pacientes ingresados:

- Servicio de Fisioterapia y Rehabilitación.
- Servicio de Laboratorio de análisis clínicos y microbiología.
- Servicio de Anatomía Patológica.
- Servicio de Urgencias.
- Departamento de Ecografía.
- Departamento de Radiología.
- Departamento CAT Helical.
- Departamento de Cardiología.
- Departamento Cardiovascular.
- Departamento de Cirugía General.
- Departamento de Cirugía Cardíaca.
- Departamento de Cirugía Maxilofacial.
- Departamento de Cirugía ortopédica y Traumatología
- Departamento de Cirugía Plástica.
- Departamento de Dermatología.
- Departamento de Digestivo.
- Departamento de Ginecología.
- Departamento de Medicina interna.
- Departamento de Neurocirugía.
- Departamento de Neurofisiología.
- Departamento de Neurología.
- Departamento de Oftalmología.
- Departamento de Otorrinonaringología.
- Departamento de Psiquiatría y Psicoterapia.
- Departamento de Urología.
- Departamento de Alergología.
- Departamento de Reumatología.
- Departamento de Oncología.
- Departamento de Nefrología.
- Departamento de Pediatría.
- Departamento Oncología Integral.
- 4 Quirófanos.
- Servicio de Esterilización.
- Farmacia Hospitalaria.
- Servicio de Ambulancias.
- Servicio de traslado al Aeropuerto.
- Servicio de traducciones a clientes extranjeros.
- Capilla y servicios religiosos.

Además la ORGANIZACIÓN X efectúa los siguientes procesos de soporte para sus Servicios a los Clientes:

- Servicio de Recepción.
- Servicio de Citación.
- Servicio de Admisión.
- Servicio de Facturación.
- Servicio de Administración.
- Servicios de Mantenimiento y Técnicos.
- Servicio de Cocina (subcontratado).
- Servicio de Lavandería Interna (Subcontratado).
- Servicio de Telefonía y Mensajería.

El reconocimiento de su buen funcionamiento se ha hecho a nivel Oficial, dado que la ORGANIZACIÓN X es proveedor del Agencia Valenciana de la Salud mediante conciertos que tiene establecido con la misma para los Servicios de: Neurofisiología, Hemodiálisis, Resonancia Magnética, Oncología Integral y otros.

### **1.0.4. Principales procesos productivos**

El Servicio de Hemodiálisis de la ORGANIZACIÓN X realiza los Procesos específicos que apoyan el Servicio a los Clientes de Hemodiálisis B y C.

El Servicio de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista realiza los Cateterismos diagnósticos y Cateterismos intervencionistas y demás procesos específicos que apoyan el Servicio.

El Servicio de Neurofisiología realiza los estudios neurofisiológicos, Electroencefalografía, Electromiografía, Potenciales evocados, incluyendo estudios de sueño.

El Servicio de Recepción Admisión realiza la atención a los Clientes, de forma primordial a su llegada a la Clínica y a su partida de la misma, incluyendo recepción, admisión, RRPP, telefonía y parte de Facturación – cobros.

El Servicio de Oncología realiza los tratamientos oncológicos mediante quimioterapia a los Pacientes a quien atiende en el Hospital de Día. El O.I. realiza tratamientos de Radioterapia por medio de un Acelerador Lineal, así como tratamientos de Braquiterapia. El Servicio de Medicina nuclear realiza diagnósticos mediante PET y Gammacameras de última generación.

El Laboratorio proporciona servicio tanto a los distintos departamentos de la Clínica como a externos, con un amplio espectro de pruebas en su Catálogo de Servicios.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

El Servicio de Esterilización provee de material (reutilizable) en condiciones de esterilización, no solo a los Quirófanos de la ORGANIZACIÓN X, sino además a otros Servicios que así lo demandan.

La Farmacia proporciona medicamentos y consumibles sanitarios a todas las áreas de la ORGANIZACIÓN X, realizando también la preparación de citostáticos y en su caso preparaciones magistrales.

El Servicio de Anatomía Patológica realiza estudios sobre Biopsias y Citologías remitidas por los diferentes Servicios Médicos de la ORGANIZACIÓN X o fuera de ella.

El Servicio de Cirugía (Quirófanos) proporciona los servicios de Quirófano para las intervenciones programadas provenientes tanto de la propia clínica como concertadas con la AVS y Aseguradoras privadas.

El Servicio de Resonancia Magnética realiza diagnósticos mediante Resonancia magnética, solicitados tanto internamente, como en su mayor parte solicitados por pacientes de la AVS.

Todos estos Servicios se apoyan en la ORGANIZACIÓN X para la serie de Servicios generales y de apoyo:

- Compras y Proveedores.
- Mantenimiento y Servicio Técnico.
- Facturación.
- Limpieza de Salas, despachos y Zonas comunes.
- Otros servicios profesionales médicos dados por la ORGANIZACIÓN X en caso preciso.

### **1.0.5. Instalaciones y recursos**

La ORGANIZACIÓN X está ubicada Benidorm. Tiene también la Clínica un satélite en Alcoi, en donde proporcionan los Servicios de Resonancia Magnética. La ORGANIZACIÓN X está ubicada en un edificio singular, con cuatro Plantas, sótano y dos aparcamientos. Tiene también oficinas interiores para su personal y Dirección.

Existe una Separación de entradas para la Policlínica, Entrada general del Hospital Clínica y Entrada para Urgencias. A la entrada del Hospital se encuentra la Recepción con tres zonas de atención al Cliente, así como Centralita telefónica, y un salón de espera amplio y luminoso.

En el exterior de la Organización X se encuentran las entradas de Urgencias, entradas a Policlínica y Entrada Principal, bordeada por jardines.

Existen además dos plantas de parking en el mismo edificio, que pone a disposición de sus clientes y profesionales.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

Internamente, tiene una cocina equipada para proporcionar la alimentación a los Pacientes ingresados, y en algunos casos familiares, así como personal del Centro, disponiendo también de lavavajillas, cámaras de congelación y conservación, un almacén de productos alimenticios.

Asimismo, tiene en las antiguas instalaciones de Lavandería (ahora subcontratada), posibilidad de realizar pequeñas labores de plancha y cosido.

Existe también una sala de máquinas, calderas y bombas, con un grupo electrógeno, para proporcionar servicios técnicos a los distintos departamentos de la Organización X (Calefacción, Aire acondicionado, Agua y descalcificación, Planta de agua desionizada para diálisis, Gases de uso médico (oxígeno, helio, etc...), Grupo electrógeno, etc....

Para la limpieza de los pisos, se cuenta con office en cada planta, alimentados desde el Almacén de Lencería y productos de Limpieza ubicado en el Sótano.

El servicio a los clientes se completa con dos ascensores y un montacargas, y cerca de ellos una zona de aseos comunes.

Existe también un Comedor para el personal, así como vestuarios para empleados y empleadas.

La plantilla de la ORGANIZACIÓN X está compuesta por 120 personas entre los distintos departamentos:

También la ORGANIZACIÓN X tiene un potente Sistema Informático propio, con conexión a los distintos departamentos.

### **1.0.6. El Servicio de Hemodiálisis**

El Servicio de Hemodiálisis está ubicado en la tercera Planta de la Clínica, totalmente renovada. Cuenta con una amplia sala de diálisis para enfermos normales, otra sala adjunta para cuatro monitores, y una pequeña sala para enfermos con Hepatitis C.

El Servicio cuenta con once monitores de hemodiálisis extracorpórea de última generación FRESENIUS 5008, contando también con sillones de diálisis de la misma marca FRESENIUS.

El Servicio cuenta con un despacho médico profesional, una sala de espera específica para sus pacientes, un Office de enfermería, donde también se archivan las historias clínicas y la nevera del Servicio, así como un almacén de fungibles, usado también como taller mecánico para reparación de monitores de hemodiálisis.

Para el servicio a sus pacientes, cuenta también con dos servicios vestuarios.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

El Servicio se alimenta con una Planta de agua de ósmosis inversa CULLIGAM, disponiendo de almacenamiento con capacidad suficiente para un día completo de tratamiento.

El servicio se atiende por los siguientes profesionales:

- Medico Nefrólogo Jefe de Servicio.
- Internista adjunto al Servicio.
- Supervisora de Enfermería con amplia experiencia en hemodiálisis.
- 2 ATS/DUE formados en hemodiálisis.
- 2 auxiliares de clínica.

Además de los demás servicios proporcionados por la Clínica: Radiología, quirófanos, Laboratorio, Farmacia, etc.

### **1.0.7. El Servicio de Hemodinámica y Cardiología intervencionista**

El Servicio de Hemodiálisis está ubicado en la Planta Baja de la Clínica, en un espacio totalmente renovado para esta función.

Cuenta con tres estancias: La Sala de radioscopia, la sala de máquinas auxiliar y la Sala de mando y control.

Se dispone de los siguientes medios técnicos:

- Sala de Radioscopia digital Integris V5000 de Phillips Medical Systems, usando un sistema digital de uso mixto (hemodinamia-radiología vascular), con procesado digital de imágenes de última generación y grabación digitalizada de imágenes en Compact Disc.
- Polígrafo Cardiolab de Prucka Engineering Inc. (General Electric), mixto (hemodinamia y Electrofisiología) de última generación, con monitorización continua de presión invasiva, presión no invasiva, gasto cardíaco continuo y pulsioximetría.
- Desfibrilador Defigard 3002 IH de Brucker
- Balón de contrapulsación intraaórtico TransAct System de Bard.

El Servicio cuenta con el Certificado por la Unidad de Protección Radiológica (UNIPROSA) sobre el cumplimiento de la legislación vigente desde el punto de vista de la protección radiológica (28-6-01). El servicio se atiende por los siguientes profesionales:

- Medico Cardiólogo Hemodinamista Jefe de Servicio, con amplísima experiencia clínica.
- Médico Cardiólogo hemodinamista colaborador
- Supervisor de Enfermería de la Clínica
- 3 DUE con experiencia reglada en hemodinámica.
- El Servicio se apoya asimismo en otros Servicios del Hospital Clínica (UCI, Cardiología Clínica, Cirugía Cardiovascular, Radiología Cardiovascular, etc....)

La Unidad proporciona los siguientes servicios:

- Cateterismo diagnóstico, realizando:
  - Cardiopatía isquémica (coronariografía diagnóstica)
  - Valvulopatías (cateterismo izquierdo – derecho).
  - Miocardiopatías.
  - Cardiopatías congénitas.
- Cateterismo intervencionista, realizando:
  - Angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP).
  - Implantación de stents coronarios.
  - Único Hospital en la Comunidad Valenciana con Cardiólogo Intervencionista localizado 24 horas/día, con posibilidad de Angioplastia primaria.

### **1.0.8. El Servicio de Neurofisiología**

El Servicio de Neurofisiología, está ubicado en la tercera planta del Hospital en instalaciones renovadas y con tres estancias para realización de sus estudios.

Funciona en base programada de consulta externa. Cuenta con los siguientes recursos humanos:

- Un Médico Especialista.
- Auxiliar de Clínica.

Se cuenta con la siguiente Dotación Tecnológica:

- Despacho consulta externa.
- Electroencefalógrafo Boston.
- Electromiógrafo Boston.

Los Servicios que proporciona son:

- Electroencefalografía.
- Electromiografía.
- Electroneurografía.
- Potenciales evocados.

Y la especializada Unidad del Sueño:

- Polisomnografía (PSG).
- CPAP (Tratamiento).
- Test de latencias múltiples de sueño.

### **1.0.9. El Laboratorio de Análisis y Microbiología**

Este Servicio está ubicado en una amplia zona en la planta inferior de la ORGANIZACIÓN X.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

### Organización:

- Actividad programada y urgente.
- Extracción en sala.
- Respuesta a pacientes ingresados: en el día.
- Respuesta a pacientes externos: a demanda, máximo 24 horas.

### Recursos Humanos:

- Jefe Clínico.
- Un analista.
- Un microbiólogo.
- 4 T.E.L.

### Dotación Tecnológica:

- Despacho del servicio.
- Informatización del sistema y conexión on line.
- Un microbiólogo.
- 4 T.E.L.

### En cuanto a Equipamiento, cuenta con los siguientes medios:

- 2 Contadores Hematológicos: 5 poblaciones reticulocitos y subpobl. linfocitarias. Dos autoanalizadores de Bioquímica (Química seca).
- Nefelómetro Fotómetro Llama Analizador enzimo inmuno ensayo.
- Matrix (Determinación de alérgenos específicos). Coagulómetro automático. Electroforesis. Campana de flujo laminar de seguridad biológica. Axym: Marcadores tumorales, hormonas, Serología de hepatitis, HIV, monitorización de fármacos. VITEX 32.
- VITAL.

### Adjunto al Laboratorio se presta el Servicio de HEMATOLOGÍA Y BANCO DE SANGRE:

- Organización:
  - Actividad programada en consulta externa.
  - Guardia localizada 24 horas.
- Recursos Humanos:
  - Un Médico especialista
- Recursos Tecnológicos:
  - Contador Hematológico.
  - Medidor automático de V.S.G.
  - Analizador Bioquímico Microscopio óptico y de fluorescencia.
  - Coagulómetro Automático.
  - Citómetros.
  - Banco de Sangre (nevera con alarma visual-acústica).

#### 1.0.10. Servicio de Recepción - Admisión

Recursos Humanos:

- Formado por un equipo de dieciocho personas que atienden a los puestos de telefonía, consultas externas, caja e ingresos tanto programados como urgentes.
- Un jefe de Recepción y diecisiete Administrativos auxiliares (multilingües) atienden cuatro puestos de trabajo: telefonía, Consultas externas, Ingresos Programados y Urgentes.
- Así como el servicio de Relaciones Públicas e intérpretes y el servicio de Garantías.

Dotación Tecnológica:

- A mediados de 2001 se ha producido una remodelación total de la informática de gestión incorporando las últimas tecnologías. En la toma de datos desde Admisión se ha incorporado la digitalización de documentos administrativos y la tarjeta electrónica para la identificación de clientes habituales, consiguiendo con ello una mayor agilidad en la gestión y una mejora en la calidad de la información.

#### 1.0.11. El Servicio de Farmacia

El Servicio de Farmacia está ubicado en la planta Sótano de la Clínica, con acceso facilitado para la recepción de materiales y productos. Dispensa medicamentos, Formulaciones magistrales y alimentación parenteral a todos los Servicios de la Clínica que lo requieran.

- Organización
  - Actividad programada de lunes a sábado, mañana y tardes.
  - Guardia localizada 24 horas.
- Recursos Humanos:
  - Especialista en Farmacia Hospitalaria.
  - Técnico en farmacia.
  - Dos auxiliares de enfermería.
- Dotación Tecnológica:
  - Zona de almacén general y especialidades.
  - Zona de dispensación.
  - Zona de preparación de fórmulas estériles.
  - Campana de Flujo laminar.
  - Laboratorio de preparación de fórmulas magistrales.
  - Despacho farmacéutico.
  - Sistema informático de Control de Aprovisionamiento y Stocks.
  - Conexión al Sistema WEBHOSPITAL, y bases de datos propias.
  - Despacho administrativo.



### 1.0.12. Servicio de Anatomía Patológica

Recursos Humanos:

- Formado por una Técnico en Anatomía Patológica, y la Jefa del Servicio, Médico con especialidad en Anatomía Patológica.

Recursos Tecnológicos:

- Placa caliente
- Maquina fotografía
- Mesa macrofotografía
- Micrótopo criostato
- Micrótopo
- Procesador de tejidos
- Microscopio patólogo
- Microscopio binocular
- Agitador magnético
- Balanza precisión
- Baño de flotación
- Centrífuga
- Placa fría
- Termómetro nahita
- Estufa (100°C)
- Monitor televisión
- Nevera-congelador
- Congelador -80°C
- Balanza muestras sobrem
- Campana extractora cruma
- Horno microondas
- Cito centrífuga
- Estabilizador de tensión
- Mesa tallado
- Montador automático leica cv5030
- Ordenador pc
- Impresora laser
- Teñidor automático
- Teñidor automático de ihq.

### 1.0.13. Servicio de Esterilización

Recursos Humanos:

- Formado por una Supervisora de Esterilización, como Jefa del Servicio, y una Auxiliar de Esterilización.

Dotación Tecnológica:

- Lavadora LANCER 910.
- Lavadoras desinfectadoras Soluscope2 y mini ETD2 PAA.
- Cubetas y pistolas de aire comprimido, para el lavado.
- Máquina de termosellado.
- Esterilizador por peracético SYSTEM1 de STERIS.
- 3 Autoclaves de vapor MATACHANA.
- Autoclave de óxido de etileno STERIS.
- 2 estufas de incubación ATTEST.
- Sistema Informático de emisión de Etiquetas de Trazabilidad GEASOFT.
- Zonas de almacenamiento de material esterilizado, con estanterías, armarios y carro de transporte.
- Sistema informático con aplicaciones ofimáticas, y conexión a Internet, conectado al sistema informático de la Clínica.

### 1.0.14. Servicio de Radioterapia

Recursos Humanos:

- Un Jefe de Servicio, una Responsable de Braquiterapia, 1 Médico Oncólogo Radioterapeuta, Un Jefe de RadioFísica, 4 Operadores TER, 2 DUE, 1 administrativa Recepción.

Dotación Tecnológica: El servicio de Oncología Radioterápica dispone de los siguientes equipamientos e instrumentos para el buen desarrollo de sus servicios:

1. Un acelerador lineal VARIAN CLINAC 2100CD de fotones y electrones, con energías 6 y 15 MV de RX y 6,9,12,15 y 20 MeV:
  - Colimador multiláminas.
  - Sistema de imagen portal.
  - Sistema micromultiláminas.
2. TAC para uso de simulación virtual GE Prospeed Sfast
3. Sistema de planificación VARIAN ECLIPSE DX
4. Consola de simulación virtual
5. Analizador de haces de curvas de isodosis.
6. Sistema de análisis de haces 3D.
7. Sistema de verificación del acelerador.
8. Electrómetros, Cámaras cilíndricas y planas.
9. Monitor de radiación.
10. Red de Gestión de tratamientos e Imágenes VARIS – VARIS/VISION.
11. Varias estaciones de Trabajo para planificación y control.
12. Equipo de Braquiterapia NUCLETRON Microselectron.
13. Fuentes de comprobación de estabilidad de los equipos dosimétricos.
14. Maniquí de agua con control computarizado ( tridimensional ).
15. Maniquí de láminas equivalente tejido con alojamiento fijo para cámara.
16. Películas dosimétricas adecuadas a los diferentes equipos generadores de radiación y sistema de revelado.

17. Sistemas dosimétricos complementarios (para verificaciones rápidas).
18. Equipamiento auxiliar (termómetro, barómetro, cronómetro, cintas métricas, nivel,...).

### 1.0.15. Servicio de Medicina Nuclear

Recursos Humanos:

- Tres médicos Supervisores de instalaciones radioactivas, con un sustituto para vacaciones, 2 enfermeros operadores, y una auxiliar administrativa.

Dotación Tecnológica: El servicio de Medicina Nuclear dispone de los siguientes equipamientos e instrumentos para el buen desarrollo de sus procesos:

- Gammacámara Infinia-Hawkeye General Electric.
  - Detector rectangular
  - Sistema Tomocámara.
  - 3 colimadores (Baja, Media y Alta energías,).
- Cámara PET-CT Discovery ST-16.
  - Sistema 2D.
  - Sistema 3D.
  - Estudios cuerpo entero.
- Ordenadores y Consolas de operaciones (2).
- Sonda de detección gamma Intraoperatoria.
- Impresora reveladora Codonics Horizon.
- Cámara de Flujo Laminar (Faster TWO-30).
- Activímetro Capintec.
- Centrifuga.
- Detectores de contaminación y ambientales.
- Gammateca:
  - Dos Recintos para Almacenamiento y Depósito de Isótopos.
  - Mampara plomada de trabajo.
  - Sistema de control eliminación residuos líquidos.
  - Recipiente residuos sólidos de 200 litros.
  - Recipiente con 8 compartimentos de 5 litros.
  - Dos Recipientes portátiles.
  - Sistema ventilación de Gammateca.
- Contenedores plomados (5).
- Fuente de calibración de Co-57 para activímetros.
- Fuente de calibración de Cs-137 para sonda.
- Fuente de pernos de transmisión de Ge-68 para PET-CT.
- Sonda de contaminación.
- Sistema de electrocardiograma de la Gammacámara GE.
- Sistema de fijación craneal de la Gammacámara GE.
- Delantal de plomo (2). Mampara plomada.
- Monitores de área.
- Nevera para radiofármacos.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

- Protectores de jeringas.
- Tiras reactivas de control de calidad de radiofármacos.
- Viales de suero fisiológico.
- Ordenadores Personales (4 unidades). Impresora para informes Láser OKI.
- Negatoscopios (2 unidades).
- Camillas (4).
- Pipetas (2) y Tubos.
- Fonendoscopio, estetoscopio.
- Glucómetro.
- Mobiliario: Archivadores, Estanterías para historias clínicas, Bancada y Sillones, Mesa de oficina (2), Material de Oficina...
- Extintores en salas y pasillos.
- Material Sanitario: Almohadas, Bateas, Pies de gotero (3), Botellas de orina Cuñas, Toma de gases: aire, vacío, oxígeno (3) Empapadores Mascarillas, Sabanas, Pijamas, Sistema de gotero, Sondas, Sueros...
- Carro de parada de emergencia, Ambú, Carrito de medicación.
- Báscula-tallímetro.
- Sistema informático con aplicaciones ofimáticas, y conexión a Internet, conectado al sistema.
- Contenedores de residuos sanitarios.
- Servicio de Limpieza: el de la Clínica.

### 1.0.16. Servicio de Oncología y Hospital de Día

Recursos Humanos:

- 3 Médicos Oncólogos, 1 Supervisora, 2 DUE, 1 Auxiliar, 1 Administrativa – Recepción Servicio.

Dotación Tecnológica: El servicio de Oncología y Hospital de Día dispone de los siguientes equipamientos e instrumentos para el buen desarrollo de sus procesos:

- Carro paradas.
- Nevera.
- Bombas de infusión.
- Sillones.
- Tensiómetros.
- Termómetros.
- Saturímetro.
- Báscula.
- Tomas de oxígeno.
- Sistema informático con aplicaciones ofimáticas, y conexión a Internet, conectado al sistema de informático la Clínica, Base Datos de Oncólogo.
- Contenedores de residuos sanitarios.

### 1.0.17. Quirófanos

La ORGANIZACIÓN X, dispone de cuatro quirófanos, equipados con la última tecnología y de una amplia zona de Despertar para la recuperación postanestésica, así como de personal altamente cualificado para poder dar cobertura a las siguientes cirugías:

- Cirugía Cardíaca.
- Cirugía Estética, Plástica y Reparadora.
- Cirugía General y Aparato digestivo.
- Cirugía Laparoscópica de la Obesidad.
- Cirugía Maxilofacial.
- Cirugía Ortopédica y Traumatológica.
- Cirugía Oncológica.
- Cirugía Torácica.
- Cirugía Vasculat.
- Dermatología.
- Endoscopia digestiva.
- Ginecología.
- Neumología, Ecobroncoscopia.
- Neurocirugía.
- Oftalmología.
- Otorrinolaringología.
- Urología.

### 1.0.18. Servicio de Resonancia Magnética

Recursos Humanos:

- Jefe de Servicio, varios Médicos especialistas en Radiodiagnóstico (con apoyo externo), varios Enfermeros TER, Auxiliares de Clínica, y 1 administrativa.

Dotación Tecnológica: El servicio de Resonancia Magnética dispone de los siguientes equipamientos e instrumentos para el buen desarrollo de sus procesos:

- Equipo de RM de alta resolución, de 1.5 Tesla, GEMS, modelo Signa CVi, con sus sistemas, accesorios y secuencias.
- Equipo de RM de alta resolución, de 1.5 Tesla, GEMS, modelo Signa Horizon, versión 5.7, con sus sistemas, accesorios y secuencias.
- Sistema de Archivo (2) en disco Duro y DAT.
- Estaciones de trabajo Advantage Windows 4.1 y 3.1 (GEMS), con sus programas y utilitarios para los estudios diagnósticos, y posibilidad de comunicación entre centros.
- Equipamiento adicional al sistema RM que permite preparar a los pacientes y atenderlos en las diferentes exploraciones; incluida la práctica de sedación anestésica (especialmente en los pacientes pediátricos).

## **CAPITULO 2: SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

### **2.1. GENERALIDADES**

La ORGANIZACIÓN X dispone de un Sistema de Gestión de la Calidad, que se ha basado sobre la Norma ISO 9001:2008, y que se describe en este Manual de Calidad.

En este sentido, la ORGANIZACIÓN X, ha identificado los Procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad, y a los cuales este Sistema aplica (ver en el Capítulo 3 1), describiéndose en los siguientes capítulos la aplicación a través de la Organización.

Como paso posterior, y en el establecimiento del Sistema de Gestión, se han determinado la metodología a emplear, así como los controles a llevar a cabo a fin de que estos procesos se desarrollen con garantías de eficacia en su ejecución y en su control. Ello se define en los diferentes componentes de la documentación.

La Empresa se ha dotado de los recursos, instalaciones, personal e información suficiente para el correcto desarrollo tanto de sus procesos productivos como del Sistema de Gestión de la Calidad.

Asimismo ha sido establecido en el Sistema de Gestión de la Calidad las actividades precisas para realizar el seguimiento, medición y análisis de los procesos, y poder implantar las acciones conducentes a la consecución de los objetivos planificados y la mejora continua de sus procesos.

### **2.2. DOCUMENTACIÓN**

A continuación se explica someramente el sistema documental de gestión de Calidad y Medio Ambiente implantado en la ORGANIZACIÓN X. Para ello se ha utilizado la misma numeración que cada requisito tiene en la norma UNE EN ISO 9001:2008, adecuándose a la misma los puntos comunes con la norma UNE EN ISO 14001:2004, y el capítulo 7 del presente manual, en el que se han incluido los requisitos medioambientales.

En cada capítulo se hace referencia a los procedimientos o documentos en los que se desarrolla el requisito de referencia. La división interna de cada capítulo no responde exactamente a la del requisito en la norma, habiéndose estructurado de la forma que se ha considerado más conveniente para la mejor comprensión del capítulo.

#### **2.2.0. Exclusiones**

La ORGANIZACIÓN X no ha identificado exclusión alguna de puntos de la Norma ISO 9001:2008 y 14001.

El alcance del Sistema de Calidad la ORGANIZACIÓN X se extiende para los Servicios de:

- Hemodiálisis
- Hemodinámica
- Neurofisiología
- Admisión
- Laboratorio
- Farmacia
- Anatomía Patológica
- Esterilización
- Radioterapia Oncológica
- Oncología y Hospital de Día
- Medicina Nuclear
- Quirófanos
- Resonancia Magnética

### 2.2.1. Generalidades

La Empresa dispone de un sistema de calidad basado en la norma UNEEN- ISO 9001:2008 y 14001, organizado piramidalmente y compuesto por:

- Política de Calidad y Medio Ambiente y Objetivos de Calidad y Medio Ambientes definidos y aprobados por la Dirección General.
- **NIVEL 1:** El presente Manual de Calidad.
- **NIVEL 2:** Procedimientos Operativos
- **NIVEL 3:** Instrucciones de Trabajo.
  - Indicadores
  - Protocolos y Fichas
  - Descripciones de Puesto de Trabajo
  - Documentación Externa de Calidad
- Los Registros de Calidad:



### 2.2.2. El Manual de Calidad y MA

Como se ha mencionado, el Manual de Calidad y MA está basado en la Norma UNE-EN-ISO 9001:2008 y UNE-EN-ISO 14001:2004 y en él se recoge la política de calidad de la empresa y la forma de interpretar y aplicar cada uno de los capítulos.

El Manual de Calidad pretende ser una guía de actuación que garantice el cumplimiento de los principios de calidad de la empresa.

El Manual de Calidad y MA, en cada una de sus ediciones, designadas como REVISIÓN A, B, C, D,...., ha sido elaborado por el Coordinador de Calidad de la ORGANIZACIÓN X y aprobado por la Dirección General antes de su distribución definitiva. Los destinatarios de copias deberán firmar en la Hoja de Distribución y acuse de recibo como muestra de aceptación.

La distribución del Manual de Calidad y MA se realiza según la Lista de Distribución incluida al principio del propio Manual.

Se consideran copias no controladas aquellas que se envían de forma puntual a personas o empresas externas a la ORGANIZACIÓN X y no se incluyen en la mencionada lista.

El Coordinador de Calidad y MA recogerá las modificaciones que se puedan ir produciendo a lo largo del año, las comentará con la Dirección General y acordarán si se requiere una actualización y revisión del Manual. Esto se realizará normalmente una vez al año, y se dejará constancia escrita de dicho acuerdo, incluso si se decide mantener la Revisión en vigor.



## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

En circunstancias especiales, cuando se produzcan cambios importantes en las actividades, estructura organizativa o equipamiento, el periodo de revisión podrá verse reducido en el plazo que así se determine, procediéndose en estos casos a la reedición.

Cada nueva edición del Manual será completa, y se identificará con una letra consecutiva. Para facilitar su manejo, en el Manual de Calidad y MA se incluye un índice en el que se reflejarán con la letra de Revisión qué capítulos han sufrido modificaciones de una versión a otra. Además, en la(s) siguiente(s) página(s) se explicará de forma resumida que es lo que ha cambiado en cada capítulo.

El estado de revisión del Manual de Calidad y MA se identifica por el estado de revisión del índice.

El Coordinador de Calidad archivará durante un plazo mínimo de tres años una copia original de las revisiones obsoletas del Manual de Calidad y MA.

Estas copias deberán estar debidamente identificadas como obsoletas.

### **2.2.3. Procedimientos del Sistema de Gestión**

Los procedimientos son documentos complementarios al Manual de Calidad y MA. Su función es describir qué actividades se realizan en las distintas áreas de la empresa para cumplir con los requisitos exigidos por la Norma ISO 9001 e ISO 14001.

La descripción es sencilla y concisa, estableciendo las responsabilidades y forma de ejecutar las operaciones.

La elaboración de procedimientos viene regulada por el procedimiento de Elaboración de Documentos PR-02-01, así como su control.

### **2.2.4. Definiciones de puestos de trabajo**

Las Descripciones de Puestos de Trabajo describen los requisitos que deben cumplir los distintos puestos de trabajo de forma que se garantice que las personas que los ocupan reúnen las condiciones para desempeñarlos de forma adecuada. A través de estas Definiciones de puestos se puede conocer que puestos de trabajo realizan actividades de control o inspección, y que requisitos personales (formación / experiencia) se necesitan para poder realizarlas adecuadamente.

La elaboración y control de estos documentos está sujeto a los requerimientos del procedimiento PR-02-01 "Elaboración y control de documentos".

### 2.2.5. Instrucciones de Trabajo

Existen departamentos donde se ha considerado necesaria la elaboración de instrucciones concretas para la correcta ejecución de los trabajos. En las Instrucciones de Trabajo se llega a un nivel de detalle muy superior al de los procedimientos, ya que se trata de describir paso por paso como debe realizarse una actividad concreta.

La elaboración de Instrucciones de Trabajo y su control está sujeta a los requerimientos del procedimiento PR-02-01 “Elaboración y control de documentos”.

Las Instrucciones de Trabajo en vigor deberán estar disponibles en el puesto de trabajo donde se necesiten. El Coordinador de Calidad archivará una copia de todas las Instrucciones de Trabajo vigentes.

### 2.2.6. Documentación Externa de Calidad

Se engloban aquí las normativas legales que afectan directamente a la ORGANIZACIÓN X las tarifas de precios y cualquier otra documentación externa de calidad.

Toda esta documentación es controlada por diversos responsables de la empresa, según se indica en el procedimiento PR-02-01 “Elaboración y control de documentos”.

### 2.2.7. Protocolos y Fichas

Incluyen todos los protocolos de trabajo y fichas utilizados por los técnicos para realizar las actuaciones técnicas usando los equipos específicos. En muchos casos son referenciados por las Instrucciones de Trabajo específicas.

Todos los protocolos y fichas irán identificados y la responsabilidad de su actualización recae sobre el Jefe de Servicio concreto.

### 2.2.8. Registros de la Calidad

En la ORGANIZACIÓN X se dispone de un procedimiento donde se especifican las normas generales de archivo de los registros, tanto en papel como los que se guardan en fichero informático.

Para facilitar el control y archivo de los registros se incluye además en todos los procedimientos un apartado 4. REGISTROS dónde se mencionan los registros que se derivan del procedimiento, el tiempo de archivo, el lugar y el responsable. Con esto se pretende que al aplicar el procedimiento se sepa exactamente qué hacer con los registros que han surgido.

### **CAPITULO 3: RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN**

#### **3.1. COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN**

La Dirección General de la ORGANIZACIÓN X está plenamente involucrada en el desarrollo, implementación y mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad de la Empresa.

Para ello comunica a toda la Empresa la importancia de participar y seguir tanto el Sistema de Gestión de la Calidad y M.A. como todos los requisitos legales, reglamentarios y especificados por el Cliente que conduzcan a la plena satisfacción del mismo.

Asimismo ha establecido la Política de Calidad y M.A. de la Empresa y los Objetivos de Calidad revisables cada año.

Se ha establecido asimismo un esquema de seguimiento del Sistema de Calidad y M.A. por la Dirección y Comité de Gestión, documentado como se indicará más adelante.

Por fin, ha definido y dotado los recursos necesarios para el correcto desempeño, no solo de las Operaciones sino del Sistema de Gestión.

#### **3.2. ENFOQUE AL CLIENTE**

La Dirección General de la ORGANIZACIÓN X es consciente de que el éxito de la Empresa pasa por entender las necesidades de los Clientes y procurar la satisfacción de sus expectativas, así como mantener una respuesta equilibrada a las necesidades y expectativas de todas las partes interesadas.

Este entendimiento es la base para determinar las características clave del Producto ofertado, y basado en ello conseguir una posición competitiva, e identificar posibles oportunidades y amenazas.

Para ello en la ORGANIZACIÓN X se desarrollan actuaciones basadas en procedimientos que buscan la identificación y el cumplimiento de estos requisitos de nuestros clientes. En todos los casos todas las peticiones de Servicio son revisadas para confirmar que los requisitos establecidos pueden cumplirse.

También se emprenden acciones para indagar por la satisfacción con el Servicio recibido o recibir las quejas y reclamaciones de los Clientes y proceder a su oportuno tratamiento.

Estos temas son además analizados en las Reuniones de revisión del Sistema de Gestión de Calidad y MA por parte del Comité y el máximo nivel ejecutivo de la ORGANIZACIÓN X, y son tenidos muy en cuenta a la hora de definir mejoras en los Procesos de la Organización.

### 3.3. POLITICA DE CALIDAD Y M.A.

La Dirección General de asume la máxima responsabilidad de la calidad y MA en la empresa. Por ello ha desarrollado la Política de Calidad y MA que la empresa debe seguir y los objetivos que en cumplimiento de esa Política debe alcanzar la Empresa. Esta Política de Calidad y MA se revisa al menos anualmente, a fin de adaptarla a los objetivos y estrategias de la Empresa.

Esta Política de Calidad y MA debe formar parte de la cultura de la empresa y ser conocida y entendida por todo el personal. Con este fin, ha sido entregada y explicada a todos los empleados de la empresa para su conocimiento y puesta en práctica.

El desarrollo de la Política de Calidad y MA se ha realizado planificando y estableciendo documentalmente unos objetivos de Calidad y MA anuales, que son aprobados por la Dirección y alcanzados por la Organización. Ello es además explicitado en objetivos de indicadores específicos para los Departamentos.

La Dirección General de ORGANIZACIÓN X cree indispensable que todo el personal de la Empresa se encuentre implicado para conseguir la implantación y el funcionamiento eficaz del Sistema de Calidad y MA.

## POLÍTICA DE CALIDAD

La vocación principal de ORGANIZACIÓN X es ser líderes en nuestro sector, a través del diferencial de la Calidad en todos nuestros servicios.

Por tanto, toda nuestra actuación debe girar en torno al siguiente lema: MEJORAR LA CALIDAD LOS SERVICIOS DE LA ORGANIZACIÓN X EN TODOS SUS ASPECTOS.

Esto deberá ser percibido por nuestros clientes de forma palpable en cuanto a:

- La profesionalidad y la perfección de los servicios prestados.
- La Aptitud y Actitud en el trato personal, por parte de las personas que se relacionan directamente con ellos.
- La sensación de que somos algo más que un proveedor de Servicios Sanitarios, somos un amigo.

Debemos ser capaces de captar las necesidades no sólo de nuestros clientes, sino de toda la cadena de comercialización.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

Para ello la Dirección se compromete a:

- Dotar a la Empresa de los medios materiales y humanos necesarios para conseguir los objetivos anteriores
- Formar y motivar al personal para que pueda optimizar su actuación.
- Establecer los adecuados cauces de comunicación y participación de todo el personal en la mejora continua
- Comunicar la importancia inexcusable de cumplir los requisitos de los clientes, así como los legales y reglamentarios

Sólo de esta forma conseguiremos los niveles de competitividad y eficiencia económica que nos harán ser líderes.

Todo el personal de la ORGANIZACIÓN X. sin distinción de funciones se debe encontrar claramente identificado con estos principios e implicado en la consecución de los objetivos marcados.

### **POLÍTICA DE MEDIO AMBIENTE**

ORGANIZACIÓN X, empresa destinada a la prestación de Servicios Sanitarios, considera el Medio Ambiente como un elemento social en el que nos toca vivir, que debe por tanto ser protegido, siendo consciente de que su actividad de prestación de servicios debe desarrollarse de tal modo que implique la sostenibilidad, la protección y el respeto del mismo. De acuerdo con criterios de desarrollo sostenible, la empresa se compromete a elaborar e implantar un sistema de gestión ambiental que permita:

- Prevenir la contaminación del aire, las aguas y el suelo, así como el aprovechamiento de los recursos disponibles mediante un programa de mejora continua.
- Minimizar la producción de residuos y contribuir a la correcta gestión de los mismos.
- Transmitir a sus empleados, clientes y proveedores la necesidad e importancia de ofrecer actitudes de respeto y protección hacia el mismo.
- Marcar objetivos y metas medioambientales que revisados periódicamente puedan implicar un incremento de la calidad ambiental de nuestra sociedad.
- Orientar la actividad productiva hacia una mejora continua en su comportamiento ambiental.

Todo ello de acuerdo con la legislación vigente, tanto a nivel europeo, como estatal, de la Comunidad Valenciana, local y con otros requisitos que la organización suscriba.

### **3.4. PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD**

La ORGANIZACIÓN X ha establecido unos objetivos de Calidad y MA, según se ha indicado en el capítulo anterior, basados en la Política y estrategias de la Empresa. Estos objetivos se planifican y revisan con periodicidad anual, al tiempo que la Política de Calidad y MA, y son comunicados a toda la organización para su cumplimiento.

Como forma que ayude al cumplimiento de estos objetivos, se han definido indicadores de Calidad y MA que cubren los diferentes aspectos del Servicio, que son seguidos en las reuniones de Revisión del Sistema de Calidad.

Además la ORGANIZACIÓN X ha establecido un procedimiento documentado para asegurar que los cambios susceptibles de afectar al Sistema de Gestión implantado en la ORGANIZACIÓN X se incorporan correctamente a este Sistema.

Ello se aplica a fin de identificar todos aquellos cambios organizativos, de infraestructura, de recursos humanos, legislativos o reglamentarios, susceptibles de afectar al Sistema de Gestión implantado en la ORGANIZACIÓN X.

En el caso de que la Empresa considerara la posibilidad de prestar servicios diferentes a los que hasta la fecha viene prestando, se revisarán los documentos referenciados, para comprobar que la nueva actividad se integra perfectamente en el sistema de calidad implantado. Entendiendo por nuevo servicio aquel que requiera la realización de actividades distintas de las desempeñadas en la actualidad por el personal de la ORGANIZACIÓN X.

### **3.5. RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN.**

#### **3.5.1. ORGANIZACIÓN**

La estructura de la organización de la ORGANIZACIÓN X se indica en el organigrama general que figura al final de este capítulo.

Este organigrama se complementa con la descripción de las funciones y responsabilidades de los distintos puestos de la empresa, que además de las generales deben operar de acuerdo con el Sistema de Calidad y MA de la ORGANIZACIÓN X, y que de forma resumida se exponen a continuación.

### 3.5.2. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

#### DIRECTOR GERENTE

- Definir y comunicar las Estrategias de la Clínica para la consecución de su misión.
- Orientar la estrategia de Calidad y MA de la ORGANIZACIÓN X y la prioridad entre sus servicios.
- Máximo responsable de la Organización en cuanto a sus relaciones con Servicios Externos.
- Apoyar y soportar las necesidades de recursos precisos para el buen éxito de las estrategias y orientación del Hospital, en especial para la de Calidad y MA.

#### DIRECTOR GENERAL

- Procurar la Satisfacción de los Clientes y los objetivos económicos de la Clínica.
- Mantener y aumentar el prestigio del Hospital frente a agentes externos.
- Colaborar en la preparación y ejecutar las Estrategias de la organización.
- Dirigir a todo el Equipo del Hospital hacia la consecución de los resultados esperados.
- Responsable del funcionamiento operativo de la Organización.
- Definir la estrategia de Calidad del Hospital, de acuerdo a la Política de Calidad y MA, impulsando y apoyando todos los planes de calidad en cada una de las áreas de actividad de la empresa, y dotando a la empresa de los recursos necesarios para que los objetivos de calidad puedan llevarse a cabo.
- Efectuar el seguimiento del Sistema de Calidad y MA.
- Autorizar la entrada en vigor de los distintos documentos del Sistema de Calidad y MA.

#### DIRECCIÓN MÉDICA

- Colaborar con el Director General en la Gestión y consecución de los Objetivos.
- Supervisión de todos los temas relativos a Servicios Médicos y Atención al Cliente, y sus departamentos implicados.
- Relación con las Empresas Aseguradoras y Clientes.
- Realizar las funciones de Coordinador de Calidad y MA de la Organización (Ver en 3.5.3 Representante de la Dirección).

#### JEFES DE SERVICIO (HEMODIALISIS, HEMODINÁMICA, NEUROFISIOLOGÍA, RADIOTERAPIA/RADIOFISICA, MEDICINA NUCLEAR, ONCOLOGIA, RESONANCIA MAGNÉTICA)

- Organizar los recursos y personal de su Departamento.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Supervisar y orientar a su equipo en el correcto desarrollo de los Servicios prestados a los Pacientes.
- Atender peticiones y quejas de Pacientes y efectuar el seguimiento de su estado, coordinando en su caso con los Ordenantes.
- Atención médica y diagnóstico de los pacientes a su cuidado.
- Impulsar y lograr el buen funcionamiento del Sistema de Calidad y MA en su Departamento, estableciendo los controles precisos.
- Participar activamente en el Comité de Gestión y verificar el correcto desarrollo del Sistema de Calidad y MA.

### **JEFE DE LABORATORIO**

- Organizar los recursos y personal de su Departamento.
- Asignación de las tareas a realizar por cada uno de los componentes del Laboratorio.
- Revisar y validar las determinaciones que se realicen en el Laboratorio.
- Establecer y seguir las labores de mantenimiento de los equipos de Laboratorio, junto a las empresas propietarias y suministradoras de los mismos.
- Impulsar y lograr el buen funcionamiento del Sistema de Calidad y MA en su Departamento, estableciendo los controles precisos.
- Participar activamente en el Comité de Gestión y verificar el correcto desarrollo del Sistema de Calidad y MA.

### **JEFE DE FARMACIA**

- Organizar los recursos y personal de su Departamento.
- Asignación de las tareas a realizar por cada uno de los componentes de la Farmacia.
- Aprovisionar de materiales, productos sanitarios y otros reactivos, cuidando de su correcto estado hasta su dispensación. Asegurar la dispensación de los mismos en perfectas condiciones.
- Realizar preparados según Fórmulas magistrales, asegurando su correcta preparación.
- Impulsar y lograr el buen funcionamiento del Sistema de Calidad y MA en su Departamento, estableciendo los controles precisos.
- Participar activamente en el Comité de Gestión y verificar el correcto desarrollo del Sistema de Calidad y MA.

### **JEFE DE ANATOMIA PATOLOGICA**

- Organizar los recursos y personal de su Departamento.
- Asignación de las tareas a realizar por cada uno de los componentes del Servicio.



## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Revisar y validar los tallados e informes que se realicen en el Laboratorio.
- Establecer y seguir las labores de mantenimiento de los equipos de Laboratorio, junto a las empresas suministradoras de los mismos.
- Impulsar y lograr el buen funcionamiento del Sistema de Calidad y MA en su Departamento, estableciendo los controles precisos.
- Participar activamente en el Comité de Gestión y verificar el correcto desarrollo del Sistema de Calidad y MA.

### **RESPONSABLE DE ESTERILIZACIÓN Y COORDINADORA QUIROFANOS**

- Organizar los recursos y personal de su Departamento.
- Asignación de las tareas a realizar por cada uno de los componentes del Equipo.
- Establecer y seguir las labores de mantenimiento de los equipos de Quirófano y Esterilización, junto a las empresas suministradoras de los mismos.
- Impulsar y lograr el buen funcionamiento del Sistema de Calidad y MA en su Departamento, estableciendo los controles precisos.
- Participar activamente en el Comité de Gestión y verificar el correcto desarrollo del Sistema de Calidad y MA.

### **SUPERVISORA DE HEMODIÁLISIS**

- Organizar los recursos y personal de su Departamento.
- Supervisar y orientar a su equipo en el correcto desarrollo de la operativa de Hemodiálisis y atención a los Pacientes.
- Atender peticiones de los pacientes para el logro de su satisfacción.
- Aprovisionar de productos al Departamento, y cuidar de su correcta gestión y aprovechamiento.
- Impulsar y lograr el buen funcionamiento del Sistema de Calidad y MA en su Departamento, estableciendo los controles precisos.

### **JEFE DE RECEPCIÓN**

- Organizar los recursos y personal de su Departamento.
- Supervisar la correcta realización por parte de su equipo de las tareas de Recepción, Admisión, Atención a los Clientes, Atención telefónica, Caja, Facturación y Cobro.
- Acoger a los clientes en las entradas y salidas, atendiéndoles y orientándose claramente en todo momento a la satisfacción del Cliente.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Atender y gestionar las quejas y reclamaciones que presenten los clientes, asegurando una resolución (por el departamento afectado) de las mismas adecuada y pronta.
- Impulsar y lograr el buen funcionamiento del Sistema de Calidad y MA en su Departamento, estableciendo los controles precisos.
- Participar activamente en el Comité de Gestión y verificar el correcto desarrollo del Sistema de Calidad y MA.

### **ATS / DUE / ATL**

- Prestar cuidados de enfermería a los pacientes a su cargo.
- Aplicar las técnicas de servicio y obtención de resultados, de acuerdo a la documentación de Calidad establecida para el Servicio.
- Tranquilizar al paciente y lograr su confianza y seguridad del mismo.
- Vigilar y resolver los problemas derivados del Servicio que puedan surgir y reportarlos adecuadamente.
- Seguir la documentación de Calidad y MA establecida y participar activamente en los Programas y actividades del Proyecto de Calidad y MA.

### **RESPONSABLE DE SERVICIOS GENERALES**

- Organizar los recursos y personal de su Departamento.
- Supervisar y orientar a su equipo en el correcto desarrollo de la atención a las Averías producidas en el Servicio y la realización de las labores de mantenimiento cotidiano y verificaciones de correcto funcionamiento.
- Atención por parte de su equipo a la adecuada limpieza de las instalaciones del Servicio a su cargo.
- Asistir a los contratistas especialistas de oficios en sus labores de mantenimiento específico o nuevas obras de instalaciones o estructuras.
- Atender peticiones y quejas de clientes para el logro de su satisfacción.
- Impulsar y lograr el buen funcionamiento del Sistema de Calidad y MA en su Departamento, estableciendo los controles precisos.
- Participar activamente en el programa de Calidad y MA y verificar el correcto desarrollo del Sistema de Calidad y MA.

### **COORDINADOR DE CALIDAD Y MA**

- Gestionar la documentación y los registros del Sistema de Calidad y MA.
- Informar al Comité de Calidad sobre el funcionamiento del Sistema de Calidad y MA para que se pueda realizar el seguimiento del Sistema.
- Planificar la realización de auditorías internas.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Seguimiento de la implantación de las acciones correctoras y preventivas. Representar a la empresa en los temas relacionados con la calidad y MA.

### **COMITÉ DE GESTION**

- Realizar el seguimiento general del Sistema de Calidad y MA y su revisión periódica.
- Revisión de los indicadores de Calidad y MA y su evolución.
- Resolver todas las incidencias relevantes relacionadas con la calidad.
- Revisión de los planes de acción para las No Conformidades.
- Revisión de las Acciones Correctoras y Preventivas.
- Aprobar el Programa de Auditorías Internas y designar al personal auditor.

#### **3.5.3. REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN**

La Dirección de la ORGANIZACIÓN X ha designado a la Directora Médica como Coordinadora del Programa de Calidad y MA y por tanto responsable de que el Sistema de Calidad y MA definido en este Manual está establecido, implantado y mantenido.

#### **3.5.4. COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA**

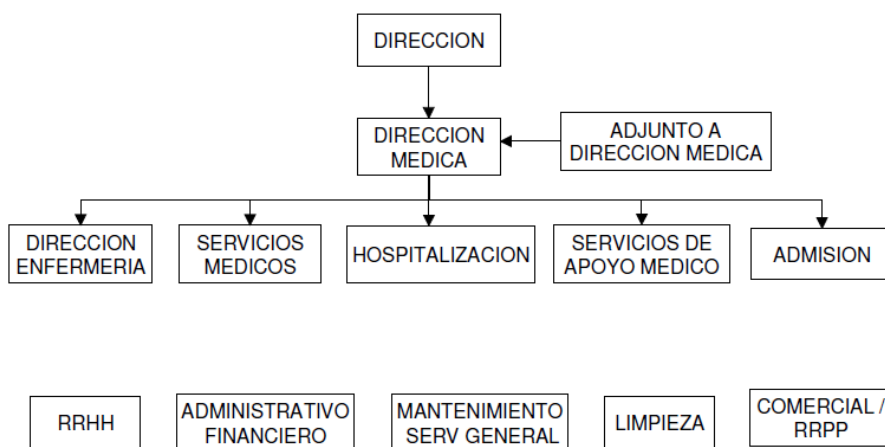
La Dirección de la ORGANIZACIÓN X usa diversos métodos para la Comunicación interna a las diferentes Áreas y a todos los empleados de la Organización.

Entre estos métodos hay que destacar las reuniones del Comité de Calidad y MA, durante las cuales se tratan los diferentes aspectos del funcionamiento operativo, así como las distintas orientaciones y estrategias a desarrollar. Las actas de estas reuniones son repartidas a los asistentes.

También de forma periódica, la Dirección emite Circulares a todo el Personal, en las que informa de temas de interés, así como establece las guías a seguir en el desarrollo de la actividad.

Finalmente, ORGANIZACIÓN X cuenta con Tablones de Anuncios en zonas comunes de sus instalaciones, que permiten transmitir de forma muy visual la información a los empleados.

## ORGANIGRAMA ORGANIZACIÓN X



## CAPITULO 4. GESTIÓN DE LOS RECURSOS

### 4.1. PROVISIÓN DE RECURSOS

La ORGANIZACION X ha determinado los recursos precisos para lograr el cumplimiento de los requisitos de los Clientes, que podemos indicar como la dotación mínima que debe tener cada Servicio. Ello se ha relacionado en el Plan de Calidad de Procesos.

La ORGANIZACION X cuenta con un Sistema Informático con capacidad para gestionar las necesidades operativas, con un responsable dedicado exclusivamente a la garantía de su buen funcionamiento, tanto del Hardware como del Software.

La ORGANIZACION X cuenta con una Organización Administrativa y de Soporte Central, que va desde los RRHH, la Administración Financiera, el Aprovisionamiento y la Calidad y MA. Todos estos departamentos están dotados con el personal adecuado y formado para el correcto desempeño de sus actividades.

Para implementar, mantener y mejorar el Sistema de Calidad y MA, la ORGANIZACION X se ha dotado de un Coordinador de Calidad y MA, representante de la Dirección, que conjuntamente con ella y los demás componentes del Comité de Gestión se encargan de que el Sistema de Calidad y MA sea operacional y continuamente mejorado.

#### 4.2. GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

La ORGANIZACION X ha determinado las distintas competencias y responsabilidades que deben cubrirse por las personas que ocupan los puestos de la organización. Esto ha sido plasmado en las Fichas de Descripciones de Puesto, que se entregan a todos los empleados en el momento de su incorporación al puesto de trabajo, y deben ser rigurosamente cumplidas.

La selección de personal para los puestos de trabajo contempla la adecuación de la persona a estas descripciones, y en especial la experiencia y formación aportada. De todas formas, siempre se tiene un periodo en el que el empleado es adiestrado “*on the job*” y está bajo la supervisión de otra persona experimentada.

La ORGANIZACION X dispone de un procedimiento de Formación, que regula tanto la decisión de la formación, como la propia impartición formativa, el registro de la formación mediante actas, y la evaluación de la eficacia de la formación impartida, asegurando que la competencia necesaria se ha logrado..

#### 4.3. INFRAESTRUCTURA

La ORGANIZACION X ha determinado la infraestructura precisa para poder prestar en las mejores condiciones el Servicio al Cliente.

Esta infraestructura se ha relacionado en el Plan de Calidad de Procesos (Anexo de Plan de Calidad de Procesos), en el cual puede verse para cada servicio sus necesidades de recursos específicos. El Plan de Calidad de Procesos se revisa anualmente, o antes si fuera preciso.

Sistemas informáticos: La ORGANIZACION X cuenta con una red informática que da servicio a todas las instalaciones y Servicios, usando una infraestructura de comunicaciones RDSI, Servidores basados en WINDOWS NT y redes de área local Ethernet 10/100 enlazadas por Routers. Está gestionado por el Responsable informático de Organización x, de forma que se cubre el espectro de necesidades en los departamentos que lo requieren. Cuenta con aplicaciones comunes de Gestión y con aplicaciones específicas para cada uno de los Servicios, que gestionan los equipos y las Bases de Datos del Servicio asociadas.

#### 4.4. AMBIENTE DE TRABAJO

La ORGANIZACION X procura la existencia de un ambiente de trabajo adecuado para el mejor desarrollo de las funciones de todo el personal, y que además facilite la atención a sus Clientes:

- Instalaciones y mobiliario seguro.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Áreas luminosas y con colorido suave para el mejor confort y confianza del paciente. Existencia de climatización en todas las Áreas de servicio al Cliente.
- Instalaciones y mobiliario seguro, y sometido a las Inspecciones reglamentarias pertinentes.
- Limpieza e higiene escrupulosa de todas sus instalaciones, con consignas claras al personal para su respeto.
- Sistema de recogida y gestión de residuos comunes y sanitarios, con tratamiento por Empresa Gestora autorizada.
- Existencia de instrucciones de Trabajo seguro y equipos EPI para evitar los posibles riesgos que aparezcan en la prestación del Servicio, y tendentes a la buena salud de los empleados.
- Sistema de prevención de riesgos laborales, que garantiza la seguridad de los trabajadores y de los Clientes.
- Avisos de entrada restringida/aislada en los casos y zonas precisas.
- Equipamiento informático centralizado, con su soporte informático.
- Existencia y cumplimiento riguroso del Plan de Seguridad radiológica en los Servicios afectados.
- Protocolos de actuación definidos en caso de accidente profesional (pinchazos, vacunaciones, etc.)

## **CAPITULO 5. REALIZACION DE PRODUCTO**

### **5.1. PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO**

La ORGANIZACION X han analizado, planificado y desarrollado los Procesos clave, núcleo de sus actividades: Procesos de Hemodiálisis, Procesos de Hemodinámica, Procesos de Neurofisiología, Proceso de Admisión, Procesos de Farmacia, Procesos de Laboratorio de Análisis, Proceso de Anatomía Patológica, Esterilización, Radioterapia, Oncología-Hospital de Día, Medicina Nuclear, Quirófanos y Resonancia Magnética.

Estos procesos clave están apoyados por Procesos de Soporte como: Aprovisionamiento, Farmacia-Preservación de productos, Recursos Humanos, Mantenimiento-Servicio Técnico y Administración.

Los Procesos estratégicos considerados por la ORGANIZACION X son los de Dirección y Estrategia, así como el Proceso de Gestión de la Calidad.

Esto se ha reflejado en el PLAN DE CALIDAD de los Procesos de la ORGANIZACION X, donde se contemplan la descripción del proceso clave, los requisitos y objetivos del Proceso, los procesos de soporte y apoyo, los documentos aplicables, recursos,

actividades de verificación, validación, seguimiento e inspección del servicio, y los registros aplicables.

El documento se revisa con periodicidad anual, a fin de validar su adecuación, y detectar posibles cambios que fueran precisos al mismo. Ello se reflejaría en su caso en los Documentos pertinentes del Sistema de Calidad y MA.

### **5.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE**

#### **5.2.1. DETERMINACIÓN DE REQUISITOS**

La ORGANIZACIÓN X han determinado los requisitos relacionados con el Servicio y productos empleados, sean reglamentarios o especificados por el cliente:

- Cumplimiento con los clientes.
- Sujeción a la reglamentación y legislación aplicable. Uso de equipamiento aprobado en el mercado español con marcaje CE y aprobación por la Dirección General de Farmacia.
- Uso de productos con Registro Sanitario.
- Necesidad ineludible de solicitud escrita facultativa.
- Necesidad de contar con el Consentimiento Informado proporcionado por el Paciente en los Servicios que así se determine.
- Cumplimiento de la Calidad del Agua de diálisis, según la Norma UNE- 301-111-90.
- Adecuación de las instalaciones e inspecciones a los reglamentos pertinentes: Gestión Residuos, Locales pública concurrencia, etc.
- Controles propios del carácter radiológico de la Instalación de Hemodinámica.
- Aplicación de los criterios legales de Protección Radiológica, así como de los establecidos en los criterios de Calidad de Instalaciones Radiológicas.
- Derivados de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

#### **5.2.2. REVISIÓN DE REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO**

La ORGANIZACION X tienen establecido un sistema de revisión y aprobación de las peticiones de exploración, tratamiento, análisis o dispensación recibidas para asegurar que los requisitos de los clientes pueden ser satisfechos y en su caso modificados, de modo que el Servicio e informe final cumpla con las expectativas (calidad y plazo) definidas por el facultativo responsable de la prescripción.

Este proceso está descrito en distintos Procedimientos propios de cada Servicio. Se contempla asimismo el tratamiento de modificaciones, bien establecidas por el ordenante o por la ORGANIZACION X, y también el tratamiento de urgencias.

### 5.2.3. COMUNICACIONES CON EL CLIENTE

La comunicación con el Cliente es primordial en la ORGANIZACION X, realizándose en primera persona a través de Recepcionistas, ATS/DUE, ATL, Médicos y Especialistas de Laboratorio, quienes apoyados por el Sistema Informático de la Clínica, atienden e informan a los Pacientes, en cuanto a la Citación, las precauciones preparatorias a seguir para el correcto desarrollo del estudio, la información sobre la prueba a realizar, así como el plazo estimado para la recogida de resultados o su disponibilidad.

Las comunicaciones con los Prescriptores se realizan siempre por escrito, tanto en las peticiones, como en los Informes entregados. En ocasiones de dudas se puede pedir aclaraciones directas por teléfono.

En el procedimiento de Quejas y Reclamaciones, se referencia el tratamiento de la información del retorno del Cliente, expresada en quejas y reclamaciones.

### 5.3. DISEÑO Y DESARROLLO

Este capítulo no es habitual en las actividades de la ORGANIZACION X, que realiza de forma regular los Servicios establecidos de acuerdo a la buena praxis médica de sus profesionales médico-sanitarios, siguiendo el estado reconocido por las Sociedades Profesionales Médicas españolas e Internacionales, no siendo preciso realizar un proceso de Diseño y desarrollo de los procesos como tal.

De forma preventiva se ha definido un Procedimiento General que regulará el proceso de Diseño y Desarrollo en el improbable caso de que pudiera producirse.

### 5.4. COMPRAS

La ORGANIZACION X dispone de procedimientos que regulan las actividades en esta área:

- A fin de garantizar la adecuada comunicación del producto y requisitos precisos al proveedor, se ha decidido que los Productos farmacéuticos y sanitarios tienen centralizado el aprovisionamiento por Farmacia de la ORGANIZACION X, y los Equipos y Servicios son aprovisionados por el Responsable de Compras e Instalaciones. Los demás fungibles, son adquiridos directamente por el Servicio a los Proveedores. Farmacia también efectúa la formulación y preparación de la medicación establecida por el Médico especialista en los casos que así se requiera.



## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- El Laboratorio adquiere también de sus suministradores los diferentes reactivos y materiales.
- Debido al corto plazo de servicio-uso de los Radiofármacos precisos para Medicina Nuclear, estos son adquiridos directamente por el Servicio.
- Los productos claves, que se consideran de una influencia importante en la calidad del producto final, disponen de unas especificaciones técnicas, que son conocidas por el Responsable del Servicio.
- El proceso de compra de la ORGANIZACION X está descrito en el procedimiento correspondiente, en el que están establecidas las diferentes responsabilidades del proceso de gestión de compras, seguimiento de los pedidos, modificaciones de los pedidos y recepción de los mismos.
- Los responsables de realizar las Compras son también responsables de verificar los productos y servicios comprados.
- Para poder ser proveedor o subcontratista de la ORGANIZACION X. es necesario pasar satisfactoriamente una evaluación previa en base a unos criterios definidos.

Una vez evaluado, ya podrá ser seleccionado para suministrar productos y servicios a la ORGANIZACION X.

Todos los proveedores/subcontratistas son sometidos a un seguimiento continuado para poder supervisar su comportamiento y poder establecer una evaluación periódica.

Los sistemas establecidos para llevar a cabo la evaluación y seguimiento de los proveedores / subcontratistas están descritos en el Procedimiento de "Evaluación de Proveedores" (PR-06-02).

La ORGANIZACION X no ha identificado necesidad alguna de realizar verificaciones de lo comprado en los locales del Proveedor. Si este fuera el caso, deberá especificarse previamente en los documentos de compra las disposiciones para la verificación y puesta en circulación del producto.

### **5.5. PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

#### **5.5.1. CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

El Control de los Procesos de la ORGANIZACION X se lleva a cabo mediante una vigilancia en las diversas etapas de los Procesos Clave, por parte de los profesionales que las llevan a cabo y verificación final de los Responsables designados.

Para asegurar que los procesos se desarrollan en condiciones controladas, éstos se encuentran documentados en procedimientos operativos e Instrucciones de Trabajo, que describen las actividades comprendidas en los mismos.

Estos procedimientos abarcan la Citación y Entrada de Pacientes, el Proceso de Diálisis, la Medicación de uso hospitalario, la Planta de Agua, el Mantenimiento de equipos e instalaciones, los Cateterismos diagnósticos e Intervencionistas, los Procesos de Estudios Neurofisiológicos, la Admisión de los Pacientes, las Fases pre analíticas, Analítica y Post Analítica del Laboratorio clínico, Procesos Anatomía Patológica, Esterilización, los de Radioterapia, Oncología, Medicina Nuclear, Procesos de preparación y Actuaciones Quirúrgicas en Quirófanos, Resonancia Magnética, etc.

En estos procedimientos se incluye información sobre los siguientes aspectos:

- Descripción de las fases a realizar en la ejecución del proceso y responsabilidades asociadas.
- Parámetros de proceso y características del producto que deben ser supervisados y controlados, mediante referencia adecuada.
- Equipos de medida y la verificación de los mismos.
- Chequeos y modificaciones a realizar para asegurar que el servicio que se proporciona al cliente es adecuado para el mismo y está de acuerdo a la petición.
- Referencia, en su caso, a las Instrucciones de Trabajo y Fichas Técnicas que son de aplicación en cada caso y que describen de manera más detallada cómo deben realizarse determinadas actividades del proceso.

Con el propósito de asegurar la continuidad en el funcionamiento de los Equipos e instalaciones en las mejores condiciones de fiabilidad, calidad y costo, todos ellos están sujetos a un sistema de Mantenimiento tanto correctivo como preventivo.

### **5.5.2. VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

La ORGANIZACION X realiza una serie de Procesos de valor añadido de Servicio al Cliente. Estos procesos están sometidos a controles y dejan registros específicos, que verifican su buen desarrollo.

Los procesos de la ORGANIZACION X han sido sometidos a planificación, cuyo resultado se refleja en el Anexo de Plan de Calidad de Procesos.

Este Documento es revisado por la Dirección de forma anual, lo cual tiene por efecto la validación de dichos procesos, indicando criterios, calificación del personal, métodos específicos y requisitos de los registros.

### **5.5.3. IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD**

La ORGANIZACION X tiene establecido y mantiene al día un sistema para asegurar la correcta identificación de los productos y actuaciones a lo largo de los procesos.

Los pacientes se identifican por su Nombre o número de Historia Clínica o propio del Servicio según casos. Los monitores están identificados por su número. Asimismo están numerados los puestos de diálisis. También están identificadas las muestras que llegan al Laboratorio, así como los Informes emitidos por los facultativos.

Los productos consumibles y sistemas tienen la identificación propia del nombre y código de producto y en los sanitarios consta siempre el número de lote en sus etiquetas identificativas, así como la fecha de caducidad donde proceda.

En diversos servicios se registran los lotes y caducidad de los productos empleados durante la realización del Servicio, permitiendo así su trazabilidad.

### 5.5.4. PROPIEDAD DEL CLIENTE

La ORGANIZACION X ha identificado varios tipos de propiedad del Cliente:

- La medicación hospitalaria que nos proporciona el Hospital de referencia.
- Las muestras para el Laboratorio proporcionadas por los Pacientes.
- Las pertenencias de los pacientes, que traen al Centro y que están bajo su responsabilidad y control.
- Los objetos perdidos por los Pacientes.
- Los datos personales de los Pacientes

Se ha desarrollado un Procedimiento específico para el tratamiento de la medicación hospitalaria, así como objetos perdidos.

No se ha considerado preciso la reglamentación de las pertenencias de Pacientes, por su escasa entidad e incidencia.

### 5.5.5. PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO

La preservación de los productos en condiciones para ser utilizados en los procesos se contempla en varios Procedimientos e Instrucciones de Trabajo, propias del Procedimiento de "Almacenamiento, Manipulación, Embalaje, Conservación y Entrega" para regular todas las actuaciones comprendidas en la actividad del Almacén de los Servicios, tendentes a garantizar las condiciones de uso de los productos. En los distintos Servicios de la Clínica se siguen las precauciones documentadas pertinentes, definiendo cuando se precisa Stocks

Mínimos de productos, así como control de las Caducidades. Dado que el Servicio general de medicamentos y productos Sanitarios es centralizado por la Farmacia de la Clínica, no suele haber problemas de suministro o caducidad.

Dada su especificidad, el Laboratorio tiene condiciones específicas de mantenimiento de productos y especialmente muestras y cultivos. Ello se encuentra documentado.

La Farmacia también cuenta con documentos que regulan los productos especiales que tienen necesidad de controles específicos (estupefacientes, depósitos, etc).

También las fuentes radioactivas de los Departamentos de Radioterapia y Medicina Nuclear están sometidas a controles de almacenamiento específicamente regulados por el CSN.

### **CAPITULO 6. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA**

#### **6.1. GENERALIDADES**

La ORGANIZACION X ha identificado las necesidades y métodos para realizar el seguimiento, medición, análisis y mejora de sus servicios y Sistema de Gestión de la Calidad, permitiendo la mejora de los mismos.

También se ha desarrollado un documento de control para vigilar el buen funcionamiento del sistema de gestión en su apartado medioambiental, con la revisión del cumplimiento de los Procedimientos e Instrucciones de trabajo establecidos, en su apartado medioambiental, y el cumplimiento de la normativa ambiental aplicable, según se establece en el PR-21-03 "Control y medición de las características claves del SGMA". Ello se explica en los puntos 6.2, 6.3 y 6.4 de este Manual.

#### **6.2.1. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE**

La ORGANIZACION X emplea medios para identificar la satisfacción de los Clientes con los servicios que proporciona y el cumplimiento de los requisitos establecidos.

Para ello recogen las quejas y reclamaciones de los Clientes, a fin de detectar áreas de mejora que permitan mediante la incorporación al Sistema de Calidad y con ello incrementar la apreciación de los Clientes sobre los servicios prestados por la Empresa.

La satisfacción de los proveedores puede asociarse a la satisfacción de los Pacientes que nos son remitidos.

En todos los casos la información es analizada por el Comité de Gestión, a fin de establecer un análisis de la situación y adoptar las oportunas acciones.

### **6.2.2. AUDITORÍAS INTERNAS**

En la ORGANIZACION X se considera que el uso de las Auditorías internas es una herramienta básica del Sistema de Calidad y MA.

Por ello la ORGANIZACION X ha establecido con frecuencia anual un programa de auditorías internas que abarca todas las actividades comprendidas en su Sistema de Calidad y MA.

Estas auditorías pueden ser realizadas por personal cualificado de la empresa o por personal externo subcontratado. En ambos casos deberá cumplir los perfiles establecidos en el procedimiento.

En el caso de que las auditorías se realicen por personal interno, éste deberá ser independiente del área auditada.

La realización de la Auditoría se hará en base a lo estipulado en el mismo procedimiento. De cada auditoría se deriva un informe que debe ser presentado a la Dirección para que lo considere en las revisiones del Sistema de Calidad y MA.

Una vez elaborado el informe se comunica a los responsables afectados, se establecen acciones correctivas y se realiza un seguimiento de las mismas, lo que incluye asignación de responsables, fecha de ejecución, comprobación y cierre, de forma que se asegure que los puntos detectados en la auditoría quedan resueltos y, en la medida de lo posible, no vuelvan a producirse.

### **6.2.3. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS**

La Dirección de la ORGANIZACION X mide y analiza parámetros e indicadores relativos al desarrollo de los procesos clave, que proporcionan información sobre el desempeño de los procesos por parte de la Organización.

Se ha desarrollado un documento de control que nos permitirá observar el buen funcionamiento del sistema de gestión en su apartado medioambiental, con la revisión del cumplimiento de los Procedimientos e Instrucciones de trabajo establecidos, en su apartado medioambiental y el cumplimiento de la normativa ambiental aplicable, este proceso se establece en el PR-21-03 "Control y medición de las características claves del Sistema de Gestión Medioambiental".

### **6.2.4. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO**

El producto de la ORGANIZACION X son los Servicios proporcionados a sus Clientes, plasmado en la atención médico-sanitaria especializada, acompañada de los pertinentes Informes emitidos por sus facultativos. Las medidas primordiales que ayuden a conocer el cumplimiento de los requisitos de este Servicio lo constituyen el

conocimiento de la Satisfacción de los Clientes, Indicadores y las No Conformidades, parámetros de realización del Servicio, etc.

Estos puntos son tratados por la ORGANIZACION X según se indica en sus procedimientos respectivos.

### 6.3. CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME

Para la ORGANIZACION X, disponer de un sistema que le permita registrar y establecer el tratamiento de los fallos o errores que se puedan haber cometido, es una de las bases de la mejora global del sistema de calidad y MA.

A partir del conocimiento de los propios errores se pueden estudiar los procesos y mejorarlos.

Por ello, y cumpliendo con el requisito correspondiente de la norma, se han establecido procedimientos documentados que describe como se debe actuar cuando se detecten fallos internos (PR-13-01 "Control de no conformidades") o se reciban quejas o reclamaciones de clientes (PR-13- 02 Tratamiento de quejas y reclamaciones), de forma que se garantice una respuesta satisfactoria y en el menor tiempo posible.

Estos procedimientos funcionan, debido a que todo el personal está realmente comprometido con la Política de Calidad y MA de la empresa, y debido a su sentido de la responsabilidad y rigor en la aplicación del procedimiento se logra que la detección de errores sea una herramienta realmente potente.

La información recogida a través del sistema establecido sirve de base para la puesta en marcha de indicadores de calidad.

El Coordinador de Calidad y MA presenta en el Comité de Gestión un informe sobre los productos y materiales no conformes y las No Conformidades internas.

### 6.4. ANALISIS DE DATOS

La ORGANIZACION X ha establecido una serie de Indicadores de Calidad y MA, que proporcionan información recopilada de aspectos importantes de los procesos implicados, y que han sido aprobados por la Dirección en base anual.

Áreas tratadas por los indicadores son: Quejas y Satisfacción del Cliente, No Conformidades, Resultados y tendencias de los procesos.

Los indicadores se calculan periódicamente, y tienen objetivos definidos por la Dirección. La evolución de los indicadores, así como la consecución de sus objetivos y acciones derivadas está establecida en el Procedimiento de Revisión del Sistema de Calidad y MA por la Dirección.

Este procedimiento también establece la revisión anual de los objetivos e indicadores de calidad y MA y planificación de objetivos para el nuevo año.

El resultado del análisis realizado permite determinar la eficiencia del Sistema, e identificar áreas de mejora posibles.

### **6.4.1. MEJORA CONTÍNUA**

La ORGANIZACION X han definido que las vías hacia el logro de la mejora continua pasan por el adecuado uso de la Política de Calidad y MA, el establecimiento de objetivos de calidad y MA adecuados, el análisis y corrección de las No conformidades detectadas durante las auditorías Internas, la solución de las No Conformidades, el análisis de datos y la revisión del Sistema por el Comité de Gestión y el establecimiento de Acciones Correctivas y Preventivas cuando sea pertinente.

### **6.4.2. ACCIONES PREVENTIVAS**

La ORGANIZACION X tiene establecido un sistema para que, una vez detectadas las no conformidades (reales o potenciales), puedan establecerse acciones correctivas para solucionar el problema evitando su recurrencia, o en función de su gravedad potencial, emprender acciones preventivas que inhiban o minimicen su aparición. Ello está plasmado en un Procedimiento Operativo.

A partir de las no conformidades, reales o potenciales, detectadas por cualquiera de las vías posibles indicadas en la documentación del sistema de Calidad, la ORGANIZACION X tienen previsto considerar los casos en los que se requiere establecer acciones correctivas o preventivas que solucionen estos problemas.

Los problemas serán analizados, estudiando las causas de los mismos, estableciendo acciones, con su responsable y fecha de realización, y una vez implantadas se realizará un seguimiento de las mismas para comprobar su implantación, que el resultado es el deseado y la efectividad de su implantación se mantiene. Existen formularios definidos para facilitar esta tarea. Un informe del avance es presentado al Comité de Gestión.

## **CAPITULO 7. REQUISITOS ESPECIFICOS DE MEDIO AMBIENTE**

### **7. GENERALIDADES**

En este capítulo se recogen los requisitos específicos de medio ambiente del Sistema de Gestión ORGANIZACION X.

## 7.1. PLANIFICACIÓN

### 7.1.1. ASPECTOS MEDIOAMBIENTALES

El objeto de este punto del manual es establecer cómo identificar y definir los aspectos medioambientales de las actividades, procesos, productos y servicios desarrollados en la ORGANIZACIÓN X y delimitar las responsabilidades respecto a los aspectos medioambientales a todos los niveles de la Empresa.

Como paso previo e inicial, la ORGANIZACION X llevó a cabo la realización de una Revisión Medioambiental Inicial (RMI), donde quedaron definidos todos los aspectos medioambientales asociados a las actividades, instalaciones, procesos y servicios de la ORGANIZACION X.

La Coordinadora de Calidad y de Medio Ambiente de la ORGANIZACION X es responsable de identificar y determinar cuáles de sus actividades, productos y servicios tienen o pueden tener impactos medioambientales significativos. Por ello aplicará el procedimiento PR-21-02 Identificación y Evaluación de los Aspectos significativos, de forma periódica para actualizar los existentes y determinando, definiendo, comprobando y cuantificando los impactos de otras actividades existentes con aspectos medioambientales significativos no detectados.

La determinación de aspectos ambientales significativos se realizará antes de:

- El establecimiento de los objetivos y las metas medioambientales.
- El desarrollo de un nuevo producto o proceso.
- La modificación de un producto o proceso existente que pueda crear nuevos aspectos ambientales o incrementar los impactos ambientales existentes de manera significativa.

### 7.1.2. REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS

La Empresa ha de establecer cómo conocer e identificar los requerimientos legales, normativos o de cualquier otra naturaleza aplicables a los aspectos ambientales de las actividades, procesos, productos y servicios de la ORGANIZACIÓN X y delimitar las responsabilidades respecto a dichos requisitos a todos los niveles de la compañía.

La ORGANIZACIÓN X ha preparado el procedimiento PR-21-04 "Identificación y acceso a los Requisitos Legales" para la identificación y el acceso a los requisitos legales y otros requisitos aplicables a los aspectos medioambientales identificados en el punto anterior, que se recogen en un Registro de Normativa, y su actualización.

La determinación de los requerimientos legales o de cualquier otro requerimiento se realiza antes de:

- Iniciar las actividades de la empresa o de cualquiera de sus departamentos.



## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

- Que se promulgue un nuevo requerimiento o un requerimiento existente sufra modificaciones o cambios.
- Que se diseñe / lance un nuevo proceso o servicio.
- Que se modifique un proceso existente.

Esta identificación y acceso de los requisitos legales tendrá lugar a partir de boletines y publicaciones oficiales como son:

- DOCE: Diario Oficial de la Comunidad Europea (Normativa Comunitaria).
- BOE: Boletín Oficial del Estado (Normativa estatal).
- DOGV: Diari Oficial de la Generalitat Valenciana (Normativa autonómica).
- BOPA: Boletín Oficial de la Provincia de Alicante (Normativa local).

La pertenencia del ORGANIZACIÓN X a entidades medioambientales, permite a la organización disponer y actualizar los requisitos legales relacionados con la actividad.

La identificación y acceso de los requisitos legales de aplicación se complementa con el apoyo y asesoramiento de asesoría externa.

Los requisitos legales y reglamentarios concretos que afectan a la actividad del ORGANIZACIÓN X son los referentes a:

- Emisiones a la atmósfera.
  - La actividad desarrollada en ORGANIZACIÓN X no está catalogada como Empresa potencialmente contaminadora de la atmósfera, una vez revisada la legislación de contaminación atmosférica.
- Vertidos de Aguas Residuales:
  - Las aguas residuales producidas en las instalaciones son de origen sanitario, por lo que tienen una composición típica de un agua residual urbana. Estas aguas se canalizan hasta la red de saneamiento de los centros y posteriormente pasan a la red general para ser tratadas en EDAR.
- Residuos:
  - RSU: Desde la ORGANIZACIÓN X los residuos sólidos urbanos y asimilables son entregados para su gestión al Servicio Municipal de Recogida de Basura correspondiente, estos son depositados en los contenedores existentes en cada centro para su posterior recogida y tratamiento.
  - Residuos Peligrosos.
  - Los Residuos Peligrosos (RP's) generados en la ORGANIZACIÓN X son principalmente los residuos sanitarios del grupo III y grupo IV, que son segregados y almacenados temporalmente para su entrega a los gestores finales correspondientes del centro donde se ubica el Servicio de la ORGANIZACIÓN X.
- Ruidos:
  - Ningún nivel elevado de contaminación acústica generado por la actividad de la ORGANIZACIÓN X, o los equipos empleados.

La Dirección de la ORGANIZACIÓN X se compromete al cumplimiento de cualquier otro requisito medioambiental firmado por la empresa, que no tenga carácter legal.

### 7.1.3. OBJETIVOS Y METAS MEDIOAMBIENTALES

La ORGANIZACIÓN X establecerá y mantendrá documentados, objetivos medioambientales y metas coherentes con la política medioambiental establecida y con los compromisos de mejora continua y de prevención de la contaminación.

En su establecimiento, la ORGANIZACIÓN X tendrá en cuenta los requisitos legales y de otro tipo aplicable, los aspectos medioambientales significativos, así como sus opciones tecnológicas, requisitos financieros y la opinión de los individuos o grupos afectados por sus actuaciones medioambientales.

Tomando como base los objetivos, se establecerán y documentarán las metas o requisitos detallados de actuación de cada uno de los niveles y funciones de la organización involucrados en la consecución de los objetivos medioambientales establecidos.

Este capítulo se desarrolla con detalle en el procedimiento PR-21-01 Establecimiento de Objetivos y Metas.

### 7.2. CONTROL OPERACIONAL

En este punto se definen las instrucciones necesarias, para asegurar que todas las actividades referentes a la gestión medioambiental puedan:

- Cumplir la Política de Calidad y Medio Ambiente de la ORGANIZACIÓN X.
- Establecer y mantener procedimientos adecuados

Dicho control operacional se enmarca dentro de las actividades destinadas a controlar aquellos aspectos cuya repercusión sobre el medio ambiente ha sido considerada como significativa, así como aquellos otros que, a pesar de no tener una influencia clara sobre el medio ambiente, su gestión y control repercute favorablemente en el comportamiento medioambiental de la ORGANIZACIÓN X. En el procedimiento "Control Operacional" PR-21-06 se desarrolla este punto.

El control operacional desarrollado por la ORGANIZACIÓN X abarca, entre otros, los siguientes aspectos medioambientales: Residuos sanitarios, Residuos asimilables a urbanos, Consumo de Agua, Consumo de Energía, etc.

Para el control de cada uno de estos aspectos, la ORGANIZACIÓN X ha desarrollado los Procedimientos e Instrucciones de Trabajo necesarios para ello, en los que se recoge, tanto el modo de actuación para el control de los aspectos y sus impactos, y el ámbito de aplicación, como el responsable y personal encargado de ello.

### 7.3. PLANES DE EMERGENCIA Y CAPACIDAD DE RESPUESTA

En el sistema se han de definir las instrucciones necesarias, para asegurar las actividades bajo condiciones de actuación no controladas y que permitan:

- Identificar los impactos ambientales potenciales que puedan producirse bajo funcionamiento del sistema fuera de control y minimizarlos.
- Atender situaciones derivadas de dicho funcionamiento.
- Comunicar dicho funcionamiento y sus efectos y consecuencias a los agentes sociales y a las autoridades.
- Restablecer la operación del Sistema de Gestión dentro de las condiciones normales.
- Efectuar pruebas periódicas de los planes.

La identificación y determinación de los riesgos potenciales de la ORGANIZACIÓN X constituye el primer paso para establecer los planes de emergencia ante estas situaciones. Ésta tiene lugar a través de la realización de una diagnosis.

De modo general, se han establecido como principales accidentes y situaciones de emergencia los potenciales incendios de las instalaciones y las inundaciones de las mismas.

Posteriormente se procede a la evaluación de los riesgos, con el fin de establecer los medios de protección frente a estas situaciones de emergencia.

El establecimiento, comunicación e implantación de los planes de emergencia constituye el paso definitivo para que todos conozcan su funcionamiento. Es por ello por lo que la ORGANIZACIÓN X dispone de mecanismos eficaces que permiten informar y comunicar, tanto a empleados como a pacientes y acompañantes los planes de emergencia y las medidas de protección existentes.

La ORGANIZACIÓN X se apoya en asesoría externa especializada en planes de emergencia para la identificación y evaluación de los riesgos potenciales, así como para el establecimiento e implantación de los correspondientes planes de emergencia (PR-21-07 "Situaciones de emergencia").

Los planes de emergencia son revisados periódicamente en especial después de ser testados en pruebas o simulaciones periódicas y después de accidentes o situaciones de emergencia reales.

## PLAN DE CALIDAD DE PROCESOS

### **1. OBJETO**

Definir las actividades relativas a los Procesos de ORGANIZACIÓN X, al objeto de evaluar las bases sobre las cuales se asientan los mismos y poder así identificar las necesidades objeto de la Planificación para su mejor realización.

Este Plan de Calidad de Procesos se revisará y actualizará anualmente. Los criterios de validación del mismo lo constituirá esencialmente el cumplimiento de los objetivos establecidos para los Procesos.

### **2. ALCANCE**

Este Plan de Calidad afecta a los Procesos claves de ORGANIZACIÓN X incluidos en el Alcance:

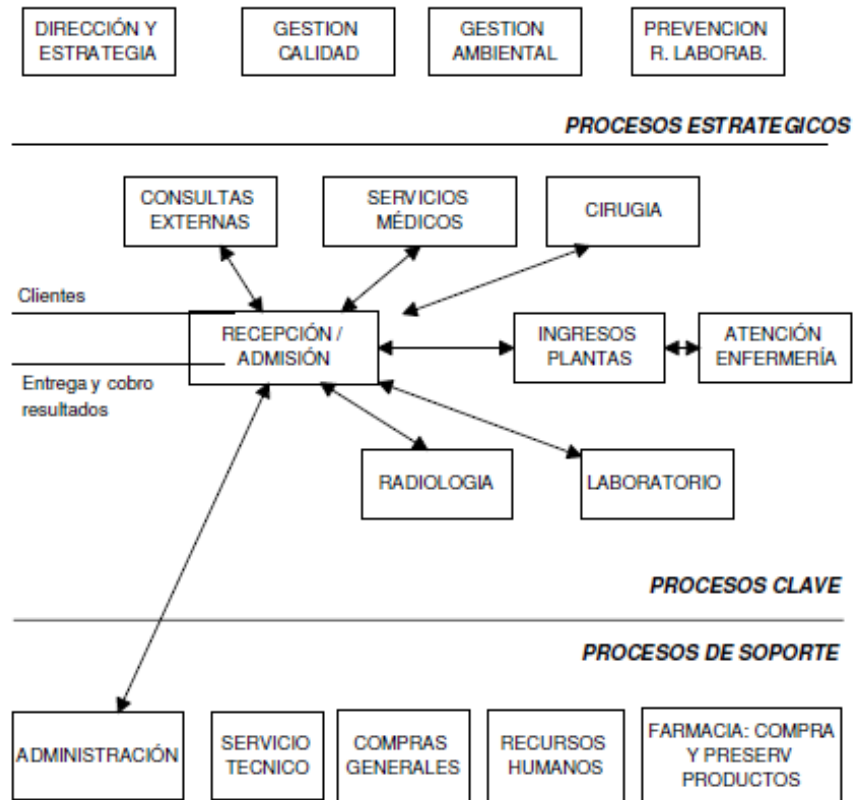
- Proceso de Servicio de Hemodiálisis
- Proceso de Servicio de Hemodinámica
- Proceso de Servicio de Neurofisiología, incluyendo Unidad del Sueño
- Proceso de Laboratorio Clínico
- Proceso de Farmacia Hospitalaria
- Proceso de Anatomía Patológica
- Proceso de Recepción Admisión
- Proceso de Esterilización
- Proceso de Radioterapia
- Proceso de Resonancia Magnética
- Proceso de Medicina Nuclear
- Proceso de Oncología
- Proceso de Cirugía

A ellos se irán añadiendo en el futuro los demás Procesos objeto de Certificación.

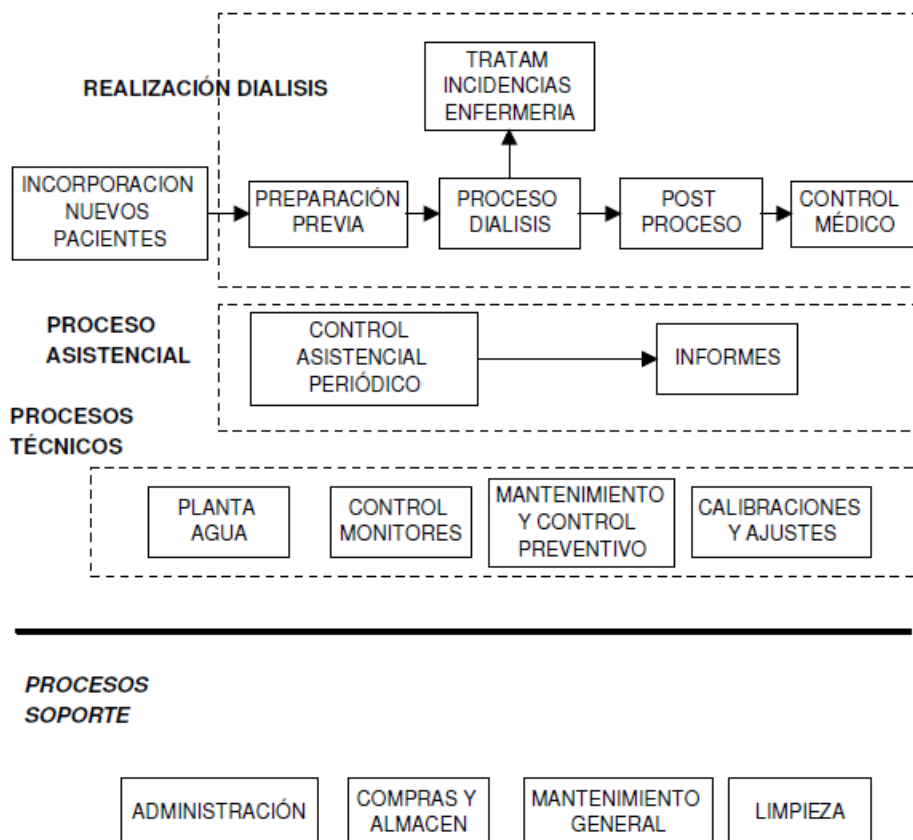
### **3. DESCRIPCIÓN GENERAL**

En la figura siguiente se muestran los principales procesos de la ORGANIZACIÓN X, que corresponden a las actividades de valor añadido, y que serán desglosados en detalle más adelante.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada



### 3.1. PROCESO DE HEMODIÁLISIS



En la figura anterior se muestran los principales subprocesos del Proceso de Hemodiálisis, que corresponden a las actividades de valor añadido.

El Proceso tiene como Propietario al Responsable del Servicio.

### 3.1.0. ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO

Las Entradas al Proceso lo constituyen:

- 1.- Peticiones facultativas, con los datos del Paciente (informe nefrológico).
- 2.- Instalaciones, materiales y Productos.
- 3.- Instrucciones de Trabajo.
- 4.- Convenio de ORGANIZACIÓN X con proveedor.
- 5.- Tarifas establecidas por Dirección

Las salidas del Proceso son las siguientes:

- 1.- Parámetros derivados de la realización de servicio en Hojas y Pautas de diálisis y grabados en NEFROSOFT.
- 2.- Informes periódicos.
- 3.- Reservas de Plaza y Turnos
- 4.- Controles de Instalaciones y Equipos

### 3.1.1. REQUISITOS Y OBJETIVOS DEL PROCESO

El principal objetivo del Proceso es el de Proporcionar un Servicio a los pacientes en que por medio de la hemodiálisis y el control continuo se asegure unas condiciones de vida cotidiana de la mejor calidad posible.

El servicio se proporcionará de acuerdo a las técnicas contrastadas y en las mejores condiciones de confort y atención médico sanitaria.

Los requisitos primordiales que gobiernan el proceso son:

- Requisitos y condiciones establecidas en el Contrato con Proveedor.
- Sometido a los Controles periódicos del Proveedor.
- Transporte de Pacientes coordinado por la Organización.
- Disponibilidad de Monitores de Ultrafiltración, y de una Sala de Diálisis. Existencia de sala y Monitores específicos para pacientes contagiosos (solo Hepatitis C). Disponibilidad de una Planta de producción de agua ultrapura (según UNE-111-301-90) por ósmosis inversa, con reserva para un día de tratamiento. Sistemas de computación y archivo asociados. Espacios para almacenamiento, enfermería, vestuarios y preparación. (Ver en Recursos).
- Minimización de costes y gastos.

### 3.1.2. PROCESOS DE SOPORTE Y APOYO

A fin de lograr un funcionamiento eficiente de estos Procesos de Valor Añadido, se han identificado los siguientes procesos de Soporte que cuentan con el soporte de:

- Compras y evaluación de Proveedores, aunque la provisión de consumibles y medicamentos se realiza a través de la Farmacia de la Organización (excepto la medicación Hospitalaria proporcionada por el Hospital de Referencia).
- Preservación de Productos (almacenamiento).
- Procesos Administrativo-Financieros.
- Proceso de Mantenimiento de los Equipos e Instalaciones, incluyendo la Planta de Agua.
- Limpieza de Salas e Instalaciones.

### 3.1.3. DOCUMENTOS APLICABLES

Se ha identificado la necesidad de contar con documentos que regulen las siguientes partes del Proceso:

- Reserva Plaza Servicio Hemodiálisis.
- Incorporación de Pacientes al Servicio Hemodiálisis.
- Proceso de Hemodiálisis.
- Planta de Agua.
- Seguimiento de Pacientes de Hemodiálisis.
- Medicación Hospitalaria.
- Trabajo de las Auxiliares.
- Trabajo de las ATS/DUE.
- Trabajo del Médico.
- Calibración y verificación de equipos de medida.

### 3.1.4. RECURSOS PRECISOS

Se identifican los siguientes recursos para proporcionar adecuadamente el servicio esperado por el Cliente:

- Área de Vestuario y Aseo de Pacientes.
- Sala de Diálisis, con los diferentes Monitores de Ultrafiltración, y con suministro de Agua ultrapura y circuito de desagüe. La Sala debe tener Aire Acondicionado y un circuito multimedia (TV, megafonía, auriculares individuales). Sillones de Pacientes. Existencia de Carro de Curas y Carro de Paradas. Disponibilidad de Contenedores de Residuos Sanitarios diversos, sometidos al Programa de Residuos de la Organización x.
- Sala de diálisis para pacientes infecciosos (Hepatitis C), con iguales prestaciones que la Sala General, además de cámara de vigilancia y vestuario y aseo de pacientes exclusivo.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Sala de Control de Enfermería de preparación y control (disponibilidad de medicación de uso inmediato, circuito de agua potable, controles de megafonía, alarma y seguridad, Ordenador de registro y control de Enfermería.
- Sala de Enfermería, dotada con Nevera para conservación de productos que lo requiera.
- Sala Almacén para consumibles, y Equipos de Reserva o Reparación, dotado con estanterías y suministro de agua y electricidad.
- Despacho de médicos, con Sistema de Ordenador dotado de NEFROSOFT. Espacio para exploraciones de enfermos, dotado de agua y el instrumental necesario.
- Planta de Agua, con sistemas de descalcificación, filtros, y circuito de osmosis inversa. Dotado de depósito de agua ultrapura con capacidad para proveer servicio en un día completo. Circuito de distribución a las Salas de Hemodiálisis del Servicio.
- Disponibilidad de lencería usada durante el Servicio.
- Servicio de Limpieza contratado o propio.
- Personal: 1 Jefe de Servicio (médico nefrólogo), una Supervisora de Enfermería de Hemodiálisis, al menos dos ATS/DUE y un auxiliar de Organización x por Turno.

### **3.1.5. ACTIVIDADES DE VERIFICACIÓN, VALIDACIÓN, SEGUIMIENTO E INSPECCIÓN DEL SERVICIO**

Se revisará los Informes médicos de los Pacientes que se incorporen al Servicio y su tratamiento actual, así como la disponibilidad de huecos y se aprobará su incorporación.

Exploraciones médicas de los Pacientes.

Control de la disponibilidad de Transporte de los Pacientes.

Diariamente control de suministro de agua, funcionamiento de monitores y existencia de consumibles para el Servicio.

Para cada paciente se controlará su peso, su tensión arterial y pulso al inicio, fin y periódicamente, registrándose en la Gráfica de diálisis.

También se controlarán y registrarán las incidencias.

Las gráficas de diálisis rellenas por Enfermería, son controladas por el Médico.

Diariamente se realiza un Control de parámetros del Agua suministrada por la Planta de Agua (conductividad, dureza y pH).



## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

Semestralmente se controla la adecuación del Agua de diálisis a la Norma UNE-111-301-90, por parte de un Laboratorio acreditado. Los informes del mismo son controlados por el Jefe de Servicio.

Por parte del Médico Nefrólogo, se realizan diversos controles periódicos de cada paciente (Analíticas, fístulas, electrocardiogramas, radiografías, mapa óseo) establecidos y según se precise.

Otros controles de incidencias de cada paciente se realizan mensualmente por Enfermería.

Asimismo hay controles de vacunaciones y de pacientes en Lista de Trasplante.

Periódicamente se controla la necesidad de Medicación Hospitalaria a suministrar por el Hospital de Referencia.

Control del Mantenimiento preventivo.

Se verificarán los aprovisionamientos realizados y se hará un seguimiento del desempeño de los proveedores, que dará lugar a su evaluación.

### **3.1.6. REGISTROS IDENTIFICADOS**

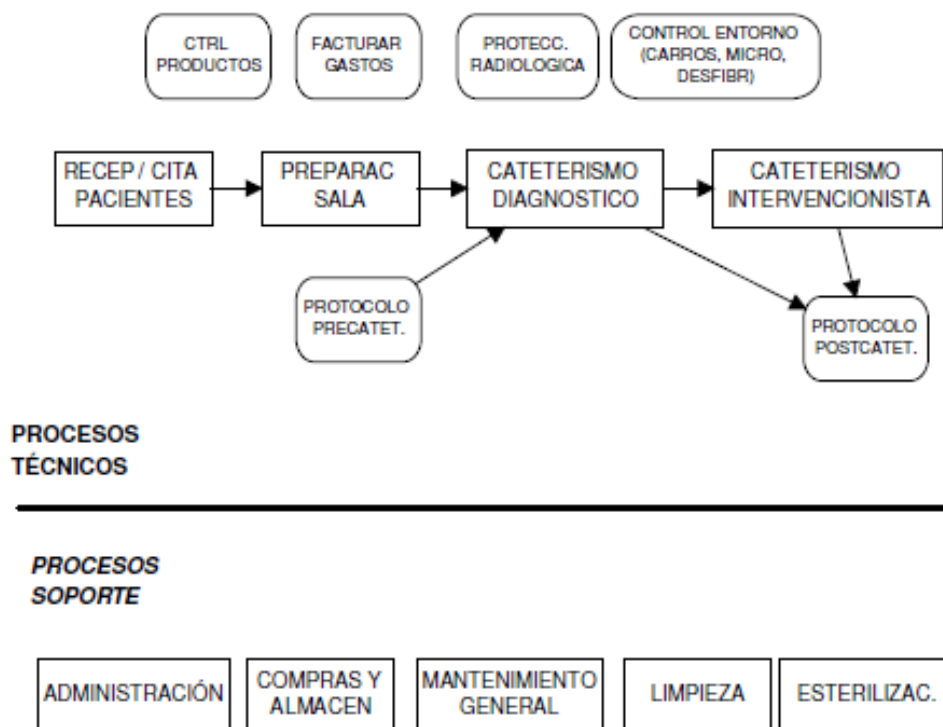
Como registros identificados existen:

- Base de Datos NEFROSOFT con todos los parámetros de Control del Servicio de cada Paciente y actuaciones realizadas e Informes emitidos.
- Historia Organización x, con los informes y documentación en papel correspondiente a cada paciente.
- Planilla de Reservas
- Informe Médico hemodiálisis
- Comprobante Fax confirmando reserva
- Autorización Transfusiones
- Petición vacuna Hepatitis B
- Formulario REMRENAL
- Gráficas de diálisis
- Carpeta Enfermería
- Carpeta Paciente
- Libro Incidencias Servicio Hemodiálisis
- Informes del Agua del Laboratorio Concertado
- Albaranes Servicio Técnico Planta Agua
- Hoja de curso Clínico
- Resultados Analíticas realizadas

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

- Control Seguimiento Fístulas
- Lista mensual de medicación de uso hospitalario
- Carta a Inspector o médico cabecera solicitando medicación hospitalaria
- Fichas de equipo
- Plan de mantenimiento preventivo
- Control de Vacunaciones
- Formulario de verificación de esfigmomanómetros
- Formulario de verificación y calibración de conductivímetros
- Informes de No Conformidad, de Acciones Correctivas y Preventivas, de Reclamaciones y quejas
- Pedidos de Compra
- Planes de formación, fichas de formación y actas de formación.

### 3.2. PROCESO DE HEMODINÁMICA



En la figura anterior se muestran los principales subprocesos del Proceso de Hemodinámica, que corresponden a sus principales actividades de valor añadido.

El Proceso tiene como Propietario al Jefe del Servicio de Hemodinámica de la ORGANIZACIÓN x.

### 3.2.0. ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO

Las Entradas al Proceso lo constituyen:

- 1.- Peticiones facultativas cardiológicas, con los datos del Paciente y su consentimiento informado.
- 2.- Instalaciones, materiales y Productos.
- 3.- Instrucciones de Trabajo y Procedimientos específicos.
- 4.- Tarifas establecidas por Dirección
- 5.- Normativa vigente de Protección e Instalaciones Radiológicas, y Sanitaria aplicable en general.

Las salidas del Proceso son las siguientes:

- 1.- Informes médicos e imágenes radioscópicas del cateterismo realizado.
- 2.- Parámetros de control de las diversas actividades en Sala, Productos y equipos e Instalaciones.
- 3.- Citaciones de Pacientes para su estudio diagnóstico y/o intervención hemodinámica
- 4.- Protección radiológica a pacientes y trabajadores.
- 5.- Hojas de Facturación para Administración.
- 6.- Instrucciones y Controles Post Cateterismo.

### 3.2.1. REQUISITOS Y OBJETIVOS DEL PROCESO

El principal objetivo del Proceso es el de realizar un estudio hemodinámico fiable al Paciente, mediante un cateterismo diagnóstico al mismo. En caso procedente y consentido realizar una intervención cardiológica mediante cateterismo intervencionista que mejore las anomalías cardiológicas del Paciente y sus condiciones de vida. El servicio se proporcionará de acuerdo a las técnicas contrastadas y en las mejores condiciones de confort y atención médico sanitaria.

Los requisitos primordiales que gobiernan el proceso son:

- Adecuación a las técnicas más reconocidas por la Sociedad Española de Cardiología.
- Los ATS/DUE del Servicio deben tener el carnet de operador de Instalaciones radiológicas, y el Jefe de Servicio debe estar acreditado para dirigir Instalaciones radiológicas.
- Protección radiológica de pacientes y trabajadores del Servicio, de acuerdo al Plan de Garantía de Calidad radiológica y sometida a Controles periódicos del Consejo de Seguridad Nuclear.
- Disponibilidad de una Sala de Hemodinámica. Existencia de Polígrafo, Radioscopio y Bomba angiográfica, con sus Sistemas de computación y archivo asociados. Espacios para almacenamiento y Sala de Control.
- Minimización de costes y gastos.

### 3.2.2. PROCESOS DE SOPORTE Y APOYO

A fin de lograr un funcionamiento eficiente de estos Procesos de Valor Añadido, se han identificado los siguientes procesos de Soporte que cuentan con el soporte de Organización x:

- Compras y evaluación de Proveedores, aunque la provisión de consumibles, material en depósito y medicamentos se realiza a través de la Farmacia de la Organización x.
- Preservación de Productos (almacenamiento).
- Procesos Administrativo-Financieros.
- Proceso de Mantenimiento de los Equipos e Instalaciones, incluyendo Aire acondicionado.
- Limpieza de Salas e Instalaciones.

### 3.2.3. DOCUMENTOS APLICABLES

Se ha identificado la necesidad de contar con documentos que regulen las siguientes partes del Proceso:

- Entrada de Pacientes al Servicio de Hemodinámica
- Sala de Hemodinámica
- Cateterismo diagnóstico
- Cateterismo intervencionista
- Cargo de Gastos
- Instrucciones de Trabajo de Control del Entorno
- Programa de Calidad de Garantía Radiológica
- Instrucciones de Trabajo para las DUE
- Mantenimiento de Instalaciones y Equipos
- Calibración y verificación de equipos de medida.

### 3.2.4. RECURSOS PRECISOS

Se identifican los siguientes recursos para proporcionar adecuadamente el servicio esperado por el Cliente:

- Sala Hemodinámica, con el Radioscopio, Bomba angiográfica y Polígrafo. La Sala estará estrictamente protegida frente a las radiaciones emitidas por el Radioscopio, con muros revestidos de espesor suficiente y uso de material homologado en los cristales que la separan de la Sala de Control y en las Puertas de acceso. Debe contar con suministro de Agua potable y oxígeno. La Sala debe tener Aire Acondicionado y una mesa para las actuaciones. Se contará con batas y delantales protectoras para el personal sanitario y pacientes. Existencia de Carro de Paradas. Disponibilidad de Contenedores de Residuos Sanitarios diversos, sometidos al Programa de Residuos de la Organización. En la misma Sala se tendrán armarios contenedores de los materiales y medicación utilizada.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Sala de Control, con los Sistemas de Computación de gobierno, análisis y registro de los equipos en la Sala, y comunicación interfónica con la misma. Archivo de documentación y CDs. PC para Gestión de Bases de datos y emisión de informes.
- Sala de Generación de Aire acondicionado.
- Disponibilidad de lencería usada durante el Servicio.
- Servicio de Limpieza contratado o propio.
- Personal: 1 Jefe de Servicio (médico hemodinamista) y un médico hemodinamista, al menos dos ATS/DUE especializadas.

### **3.2.5. ACTIVIDADES DE VERIFICACIÓN, VALIDACIÓN, SEGUIMIENTO E INSPECCIÓN DEL SERVICIO**

Se revisará las peticiones del cardiólogo y los Informes médicos de los Pacientes para ver su procedencia y asignación de fecha según control de disponibilidad.

Se verificará la existencia de Consentimiento Informado firmado por cardiólogo ordenante y el Paciente, falta del cual impedirá la realización del Acto médico.

También se verificará la existencia de garantía suficiente de pago. Control del buen funcionamiento de Equipos y limpieza de la Sala previo al arranque del turno de trabajo.

Controles pre-cateterismo (cumplimiento protocolo, verificación alergias, protocolo alergias al yodo, disponibilidad de material,...)

Controles Post cateterismo según protocolo.

Control de materiales y elementos en depósito usados.

Control de estupefacientes y psicótrópos.

Control de instrumentos para esterilización.

Control de caducidades del material.

Control microbiológico ambiental y de superficies.

Controles de aislamiento de Pacientes potencialmente infecciosos.

Control del Carro de paradas.

Controles de protección radiológica.

Control del desfibrilador.

Controles de incidencias y No Conformidades.

Control del Mantenimiento preventivo.

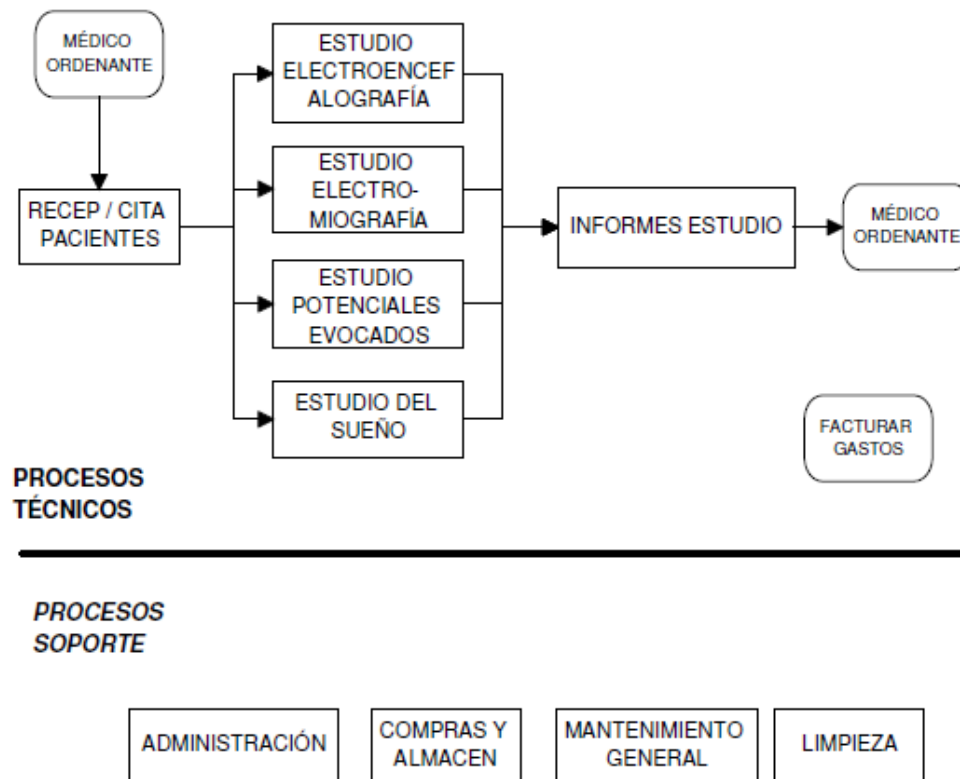
Se verificarán los aprovisionamientos realizados y se hará un seguimiento del desempeño de los proveedores, que dará lugar a su evaluación.

### **3.2.6. REGISTROS IDENTIFICADOS**

Como registros identificados tenemos:

- Base de Datos de Pacientes con todos los parámetros de Control del Servicio de cada Paciente y actuaciones realizadas e Informes emitidos.
- Historia Organización x, con los informes y documentación en papel correspondiente a cada paciente.
- Consentimiento Informado.
- Peticiones de estudio hemodinámico.
- Informe clínico peticionario.
- Agenda de Citas.
- Informe Hemodinámico.
- Registro de Enfermería de cateterismo.
- Registro de intervenciones.
- Imágenes radioscópicas.
- Hoja de Facturación Hemodinamia.
- Elementos en depósito usado en cateterismo.
- Libro de Verificación diaria de Hemodinámica (libro control de Sala).
- Controles cateterismo.
- Pedido a Farmacia.
- Gestión de material en depósito de Hemodinámica.
- Control de caducidades.
- Hoja de Entrega a Esterilización.
- Informes de control microbiológico.
- Hojas de control Limpieza de Sala.
- Albaranes Servicio Técnico Equipamiento.
- Fichas de equipo.
- Plan de Mantenimiento preventivo.
- Registros de protección radiológica (Libro de Operaciones, Controles dosimétricos, Informes de Revisión radiológica, Actas del Comité de Protección radiológica,...)
- Informes de No Conformidad, de Acciones Correctivas y Preventivas, de Reclamaciones y quejas.
- Pedidos de Compra.
- Planes de formación, fichas de formación y actas de formación.

### 3.3. PROCESO DE NEUROFISIOLOGÍA Y UNIDAD DEL SUEÑO PROCESO DE NEUROFISIOLOGÍA



En la figura anterior se muestran los principales subprocessos del Proceso de Neurofisiología, que corresponden a sus actividades de valor añadido.

El Proceso tiene como Propietario al Responsable del Servicio.

#### 3.3.0. ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO

Las Entradas al Proceso lo constituyen:

- 1.- Peticiones facultativas, con los datos del Paciente (estudio solicitado, diagnóstico y datos de exploración).
- 2.- Instalaciones, equipos y Productos.
- 3.- Instrucciones de Trabajo
- 4.- Convenio de ORGANIZACIÓN X con Proveedor.
- 5.- Tarifas establecidas por Dirección

Las salidas del Proceso son las siguientes:

- 1.- Parámetros y datos derivados de la ejecución del estudio en el Sistema Informático.

- 2.- Informes derivados de los estudios solicitados.
- 3.- Reservas de Turnos en Agenda.
- 4.- Controles de Instalaciones y Equipos

### 3.3.1. REQUISITOS Y OBJETIVOS DEL PROCESO

El principal objetivo del Proceso es el de emitir informes neurofisiológicos fiables derivados de los estudios solicitados. El servicio se proporcionará de acuerdo a las técnicas contrastadas y en las mejores condiciones de confort y atención médico sanitaria.

Los requisitos primordiales que gobiernan el proceso son:

- Requisitos y condiciones que establezca el Proveedor.
- Pacientes enviados por Mutuas o Aseguradoras, así como privados.
- Atención a peticiones en menos de tres meses
- Disponibilidad de Equipamiento específico para la realización de los estudios (Polígrafo para Estudios de EEG 40 canales con caja de entradas, fotoestimulador, CPAP y tomas de oxígeno y vacío; Equipo de Electromiografía y potenciales evocados, estación de revisión con estación RF; un Holter con emisión RF o grabación en tarjeta flash. Un secuenciador de 2 cámaras TVCC con grabación en vídeo 24 horas. Camas organización xs. Un PC conectado a la Red)
- Dos salas para realización de los estudios
- Cuarto de Baño – vestidor
- Sala de Control e información para médico y enfermera
- Armarios para material y archivo.
- Minimización de costes y gastos.

### 3.3.2. PROCESOS DE SOPORTE Y APOYO

A fin de lograr un funcionamiento eficiente de estos Procesos de Valor Añadido, se han identificado los siguientes procesos de Soporte que cuentan con el soporte de Organización x:

- Compras y evaluación de Proveedores, aunque la provisión de consumibles y medicamentos se realiza a través de la Farmacia de la Organización (excepto la medicación Hospitalaria proporcionada por el Hospital de Referencia).
- Preservación de Productos (almacenamiento).
- Procesos Administrativo-Financieros.
- Proceso de Mantenimiento de los Equipos e Instalaciones.
- Limpieza de Salas e Instalaciones.



### 3.3.3. DOCUMENTOS APLICABLES

Se ha identificado la necesidad de contar con documentos que regulen las siguientes partes del Proceso:

- Entrada de Pacientes al Servicio
- Estudios de Electroencefalografía
- Estudios de Electromiografía
- Estudios de Potenciales evocados
- Estudios del Sueño
- Emisión de Informes
- Trabajo de las ATS/DUE
- Aprovisionamiento de materiales
- Calibración y verificación de equipos de medida

### 3.3.4. RECURSOS PRECISOS

Se identifican los siguientes recursos para proporcionar adecuadamente el servicio esperado por el Cliente:

- Área de Vestuario y Aseo de Pacientes.
- Dos salas para realización de los estudios, con el aparataje, camas organización x y cámaras de TV en Circuito cerrado en cada una, así como carro de material. Tendrán tomas de oxígeno y vacío.
- Disponibilidad de Equipamiento específico para la realización de los estudios:
  - Polígrafo para Estudios de EEG 40 canales con caja de entradas, fotoestimulador y CPAP.
  - Equipo de Electromiografía y potenciales evocados.
  - Un Holter con emisión RF o grabación en tarjeta flash.
- Un PC conectado a la Red (enfermería), y otro a los equipos de análisis (facultativo neurólogo).
- Sala de Control e información para médico y enfermera, disponiendo de estación de revisión con estación RF, y un secuenciador de 2 cámaras TVCC con grabación en vídeo 24 horas en Sala de Control. Es conveniente que las Salas presenten un buen aislamiento electromagnético (así como buena toma de tierra), en evitación de interferencias y artefactos indeseados.
- Armarios para material y archivo.
- Todas las áreas estarán conectadas al Aire Acondicionado de la Organización.
- Servicio de Limpieza contratado o propio.
- Personal: Un Médico Neurofisiólogo (Jefe de Servicio), y una ATS formada en obtención de EEG.

### **3.3.5. ACTIVIDADES DE VERIFICACIÓN, VALIDACIÓN, SEGUIMIENTO E INSPECCIÓN DEL SERVICIO**

Se revisarán las peticiones de estudio, y los diagnósticos y datos de exploración de los Pacientes enviados a fin de verificar la procedencia del estudio, así como la duración estimada del estudio y se aprobará su incorporación.

Se controlará la Agenda de Citas, con los pacientes a estudiar, teniendo en cuenta huecos y disponibilidad.

Se controlarán las anulaciones y no presentaciones de pacientes.

En electroencefalografía y potenciales evocados se controlará la impedancia del contacto con los electrodos, previo a la realización del estudio.

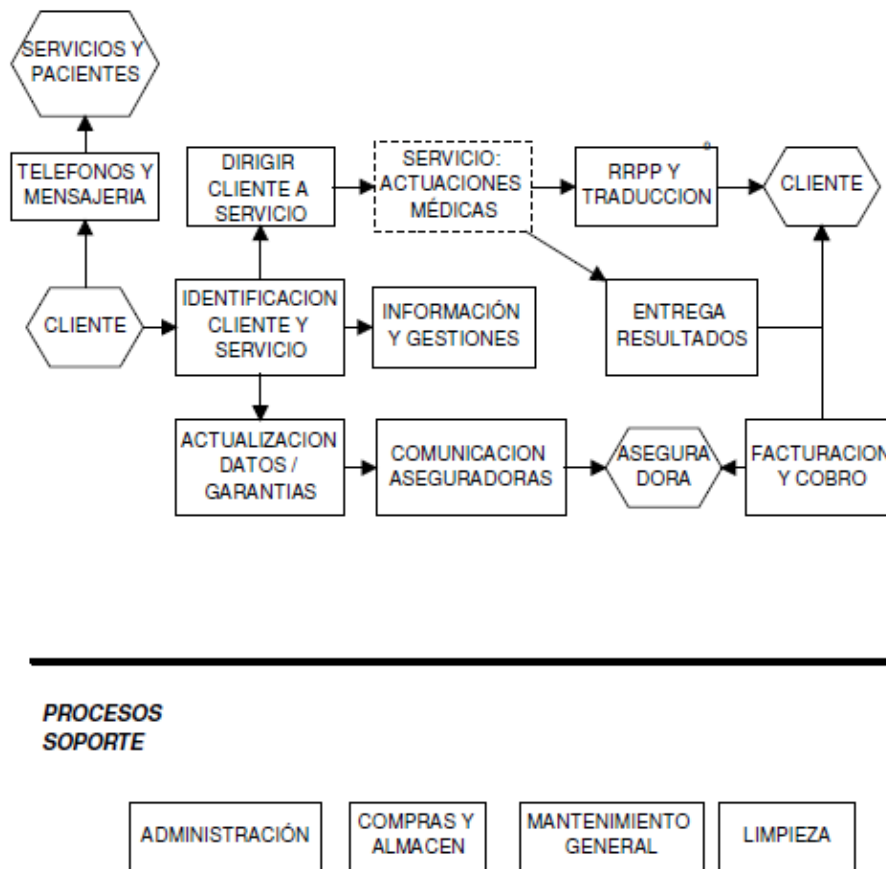
Se verificarán los aprovisionamientos realizados y se hará un seguimiento del desempeño de los proveedores, que dará lugar a su evaluación.

### **3.3.6. REGISTROS IDENTIFICADOS**

Como registros identificados tenemos:

- Registros de Citación.
- Registros de Historia Organización x.
- Peticiones de estudios.
- Controles Estudios.
- Imágenes e Informes.
- Registro de Peticiones.
- Hojas de Facturación.
- Libro Incidencias Servicio.
- Albaranes Servicio Técnico.
- Informes de No Conformidad, de Acciones Correctivas y Preventivas, de Reclamaciones y quejas.
- Pedidos de Compra.
- Planes de formación, fichas de formación y actas de formación.

### 3.4. ADMISIÓN / RECEPCIÓN



En la figura anterior se muestran los principales subprocesos del Proceso de Admisión / Recepción, que corresponden a las actividades de valor añadido.

El Proceso tiene como Propietario al Responsable del Servicio.

#### 3.4.0. ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO

Las Entradas al Proceso lo constituyen:

- 1.- Datos de Pacientes para atención médica o ingreso.
- 2.- Garantías de Pago.
- 3.- Comunicaciones a la Organización x.
- 4.- Objetos perdidos / Pertenencias de los Pacientes depositadas.
- 5.- Quejas y Reclamaciones.
- 6.- Resultados de estudios / análisis para entrega.
- 7.- Instalaciones, materiales y Productos.
- 8.- Documentación de Trabajo.

Las salidas del Proceso son las siguientes:

- 1.- Base datos de Pacientes con Datos básicos.
- 2.- Pagos garantizados. Cobros realizados.
- 3.- Pacientes / Familiares informados – citados – ingresados administrativamente.
- 4.- Resultados / análisis entregados.
- 5.- Comunicaciones gestionadas.
- 6.- Quejas y reclamaciones atendidas.
- 7.- Pacientes atendidos (traducción y RRPP).

### 3.4.1. REQUISITOS Y OBJETIVOS DEL PROCESO

Los objetivos de este proceso pueden enunciarse como sigue:

- Atender / informar a pacientes y familiares en la entrada, durante y a la salida tras su estancia en organización x.
- Facilitar la relación y comunicación de los pacientes extranjeros con el estamento médico.
- Gestionar las comunicaciones a y desde la Organización.
- Asegurar la identificación y disponibilidad de garantías de pago del cliente y facilitar su cobro.

Los requisitos primordiales que gobiernan el proceso son:

- Atención a toda tipología de pacientes, en especial los pacientes extranjeros con necesidades de traducción. Presencia impecable y conocimiento de idiomas europeos.
- Turnos de atención en dos turnos + turno de noche reducido.
- Atención a Urgencias, Poliorganización x y Organización x.
- Sistemas de Telefonía y comunicaciones.
- Sistemas de Computación y archivo asociados.
- Espacios de atención al público en Poliorganización x y Organización x. Despachos para Caja-Facturación, Atención a Privados y Garantías.
- Espacios para almacenamiento, caja fuerte y depósitos. (Ver en Recursos).
- Minimización de costes y gastos.

### 3.4.2. PROCESOS DE SOPORTE Y APOYO

A fin de lograr un funcionamiento eficiente de estos Procesos de Valor Añadido, se han identificado los siguientes procesos de Soporte que cuentan con el soporte de organización x:

- Compras y evaluación de Proveedores. La provisión de consumibles se realiza a través del Departamento de Compras e Instalaciones.
- Preservación de Bienes del Cliente (almacenamiento)
- Procesos Administrativo-Financieros

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Proceso de Mantenimiento de los Equipos e Instalaciones.
- Limpieza de Espacios de Accesos e Instalaciones.

### **3.4.3. DOCUMENTOS APLICABLES**

Se ha identificado la necesidad de contar con documentos que regulen las siguientes partes del Proceso:

- Trabajo de atención al Cliente.
- Gestión y Atención Quejas y Reclamaciones de Pacientes.
- Trabajo de Recepción.
- Trabajo de Recepción Poliorganización x.
- Trabajo de Admisión.
- Trabajo de Garantías.
- Trabajo de Facturación / Caja.
- Trabajo de Atención Privados.
- Trabajo de Telefonía.
- Ejercicio derechos LOPD.
- Trabajo de RRPP.
- Control de Objetos Perdidos.
- Control de pertenencias y valores de Pacientes.

### **3.4.4. RECURSOS PRECISOS**

Se identifican los siguientes recursos para proporcionar adecuadamente el servicio esperado por el Cliente:

- Área cara al Público en Poliorganización x y Organización x.
- Oficinas de Garantías, Privados y Caja.
- Almacén y armario de depósito. Caja fuerte.
- Equipamiento: Ordenadores con acceso al Sistema de Gestión. Fotocopiadora, Fax, Teléfonos, Datáfonos.
- Centralita telefónica. Monitores vigilancia.
- Buscas y celulares.
- Servicio de Limpieza contratado o propio.
- Personal (dependiente de temporada): 1 Jefa Recepción, 9 recepcionistas, 2 telefonistas, 2 RRPP todos con varios idiomas, 2 personas garantías, y persona atención privados

### **3.4.5. ACTIVIDADES DE VERIFICACIÓN, VALIDACIÓN, SEGUIMIENTO E INSPECCIÓN DEL SERVICIO**

Se revisará la existencia de los datos básicos de los Pacientes, y en su caso la recogida de los que se incorporen con la documentación aportada.

En las citaciones, se verificará la disponibilidad de huecos.

También se verificará la existencia de garantía suficiente de pago, bien por Mutua, Aseguradora o Privado.

Se controlaran los gastos telefónicos.

Asimismo se controlarán los objetos perdidos o en depósito.

Las alarmas y timbres son controlados por Centralita.

También se realiza un control de Ingresados, de Pasantes y de Altas.

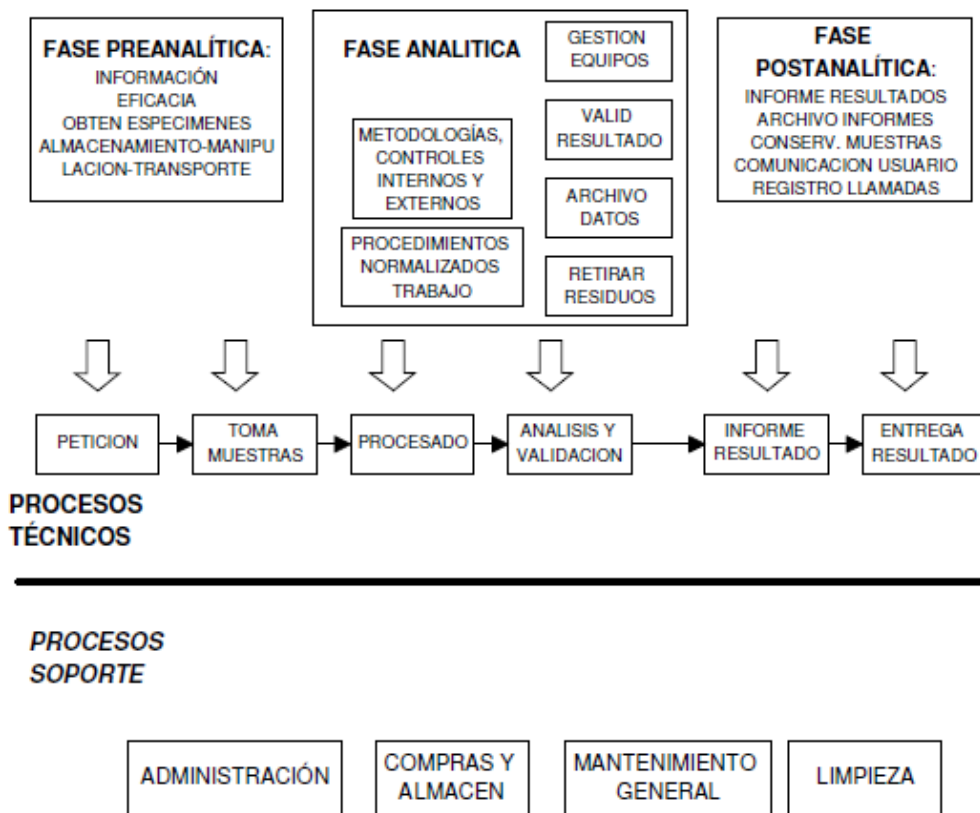
Se verificarán los aprovisionamientos realizados y se hará un seguimiento del desempeño de los proveedores, que dará lugar a su evaluación.

### 3.4.6. REGISTROS IDENTIFICADOS

Como registros identificados tenemos:

- Base de Datos, con datos básicos de identificación del Paciente.
- Libro de Ingresos.
- Libro de Altas.
- Agendas de Citas.
- Formulario de ingresos programados.
- Hojas de interconsulta.
- Formularios de peticiones de Analítica.
- Hoja actuaciones RRPP.
- Mensajes a entregar.
- Garantías, Facturas y Recibos.
- Hojas de gastos.
- Libro de Objetos perdidos.
- Control de Depósito de Objetos de Pacientes.
- Hojas de Objetos personales y de depósito.
- Talones de Aseguradoras con los Datos.
- Formularios LOPD.
- Informes de No Conformidad, de Acciones Correctivas y Preventivas, de Reclamaciones y quejas.
- Pedidos de Compra.
- Planes de formación, fichas de formación y actas de formación.

### 3.5. PROCESO DE LABORATORIO DE ANÁLISIS



En la figura anterior se muestran los principales subprocesos del Proceso de Laboratorio, que representa las principales actividades de valor añadido que presta a la Organización.

El Proceso tiene como Propietario al Jefe de Laboratorio.

#### 3.5.0. ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO

Las Entradas al Proceso lo constituyen:

- 1.- Peticiones facultativas para realización de analíticas.
- 2.- Instalaciones, Equipos, materiales y Productos.
- 3.- Procedimientos Normalizados e Instrucciones de Trabajo
- 4.- Tarifas establecidas por Dirección

Las salidas del Proceso son las siguientes:

- 1.- Informes analíticos.
- 2.- Especímenes enviados a Laboratorios externos.
- 3.- Controles de Instalaciones y Equipos (Internos y Externos)
- 4.- Comunicaciones con los médicos.

5.- Datos para facturación.

### **3.5.1. REQUISITOS Y OBJETIVOS DEL PROCESO**

El principal objetivo del Proceso es el de suministrar informes analíticos fiables sobre los especímenes recolectados, aplicando las técnicas adecuadas, en buenas condiciones de atención a los pacientes.

Los requisitos primordiales de gobierno del Proceso serán:

- Adecuación a los métodos y software definido por el Fabricante de los equipos de análisis. Uso de Productos del fabricante o compatibles.
- Respuesta rápida y flexible a las peticiones analíticas.
- Cobertura de determinaciones de Microbiología, Bioquímica, Inmunología y Hematología.
- Adecuación al Decreto 108/2000 de la Generalitat Valenciana sobre Autorización de Laboratorios de Análisis.
- Pacientes extranjeros en vacaciones, cubiertos por sus Aseguradoras.
- Pacientes enviados por Mutuas o Aseguradoras, así como privados.
- Complemento de determinaciones propias por las realizadas externamente en Laboratorios contratados de prestigio.
- Coordinación con Servicios Médicos y Plantas de la Organización.
- Minimización de costes y gastos.

### **3.5.2. PROCESOS DE SOPORTE Y APOYO**

A fin de lograr un funcionamiento eficiente de estos Procesos de Valor Añadido, se han identificado los siguientes procesos de Soporte que cuentan con el soporte de Organización X:

- Compras y evaluación de Proveedores, aunque algunos de los consumibles y medicamentos se realiza a través de la Farmacia de la Organización.
- Preservación de Productos (almacenamiento).
- Procesos Administrativo-Financieros.
- Proceso de Mantenimiento de los Equipos e Instalaciones.
- Limpieza y desinfección de Laboratorio y Equipos.

### **3.5.3. DOCUMENTOS APLICABLES**

Se ha identificado la necesidad de contar con documentos que regulen las siguientes partes del Proceso:

- PR-09-60 Fase PreAnalítica
- PR-09-61 Fase Analítica
- PR-09-62 Fase Post Analítica
- IT-LB-01 Almacén, conserv, transporte



- IT-LB-02 Protocolo pinchazos
- IT-LB-03 Controles Internos
- IT-LB-04 Controles Externos
- IT-LB-05 Gestión Equipos Laboratorio
- IT-LB-06 Gestión Material Fungible
- IT-LB-07 Pedidos y Proveedores Laboratorio
- Compromiso confidencialidad
- Directorio - A-09-60-A
- Repertorio determinaciones
- Instrucciones Pacientes toma especímenes A-09-60-C
- Manual de muestras - Microbiología – Analítica
- PNT - Lista PNT referenciados, y su documento referenciado; PNT específicos
- Indicadores de Calidad
- Descripción puestos

### 3.5.4. RECURSOS PRECISOS

Se identifican los siguientes recursos para proporcionar adecuadamente el servicio esperado por el Cliente:

- Área de toma de muestras a pacientes.
- Área de Microbiología:
  - Existencia de una Campana de Flujo Laminar para aislamiento microbiológico
  - Analizadores BIOMERIEUX, Incubadora, Estufas de cultivos, Neveras para muestras, Microscopios
- Área de Bioquímica e Inmunología:
  - Analizadores VITROS, Neveras y Congeladores, Centrífugas y Coagulómetros, Turbidímetro, Electroforesis, Analizador AXSYM y ROCHE, Analizador de Alergias.
- Existencia de Equipos Informáticos de Laboratorio. Conexión con el Sistema WEBHOSPITAL de la Organización.
- Almacén para consumibles, dotado con estanterías.
- Servicio de Limpieza contratado o propio.
- Personal: 3 Responsables de Servicio (Bioquímica, Inmunología y Microbiología), 4 ATL, 3 auxiliares.

### 3.5.5. ACTIVIDADES DE VERIFICACIÓN, VALIDACIÓN, SEGUIMIENTO E INSPECCIÓN DEL SERVICIO

Se revisarán las peticiones de analíticas, a fin de validar su posible realización.

Se revisarán todos los informes realizados, validándolos por los Responsables del Laboratorio antes de su entrega a ordenantes.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

Se validarán las nuevas generaciones de reactivos, según indicaciones de los proveedores, y usando el software por ellos proporcionados.

También se verificará la existencia de garantía suficiente de pago, bien por Aseguradora o Privado (Recepción).

Condiciones de Transporte de los especímenes.

Controles externos de Calidad establecidos con las Sociedades Profesionales, a las que se ha acogido el Laboratorio de la Organización X Controles internos de los equipos, antes de la realización de determinaciones, en línea con lo establecido por los proveedores de Equipos.

También se controlarán y registrarán las incidencias.

Control del Mantenimiento preventivo.

Control de la programación de calibraciones-verificaciones.

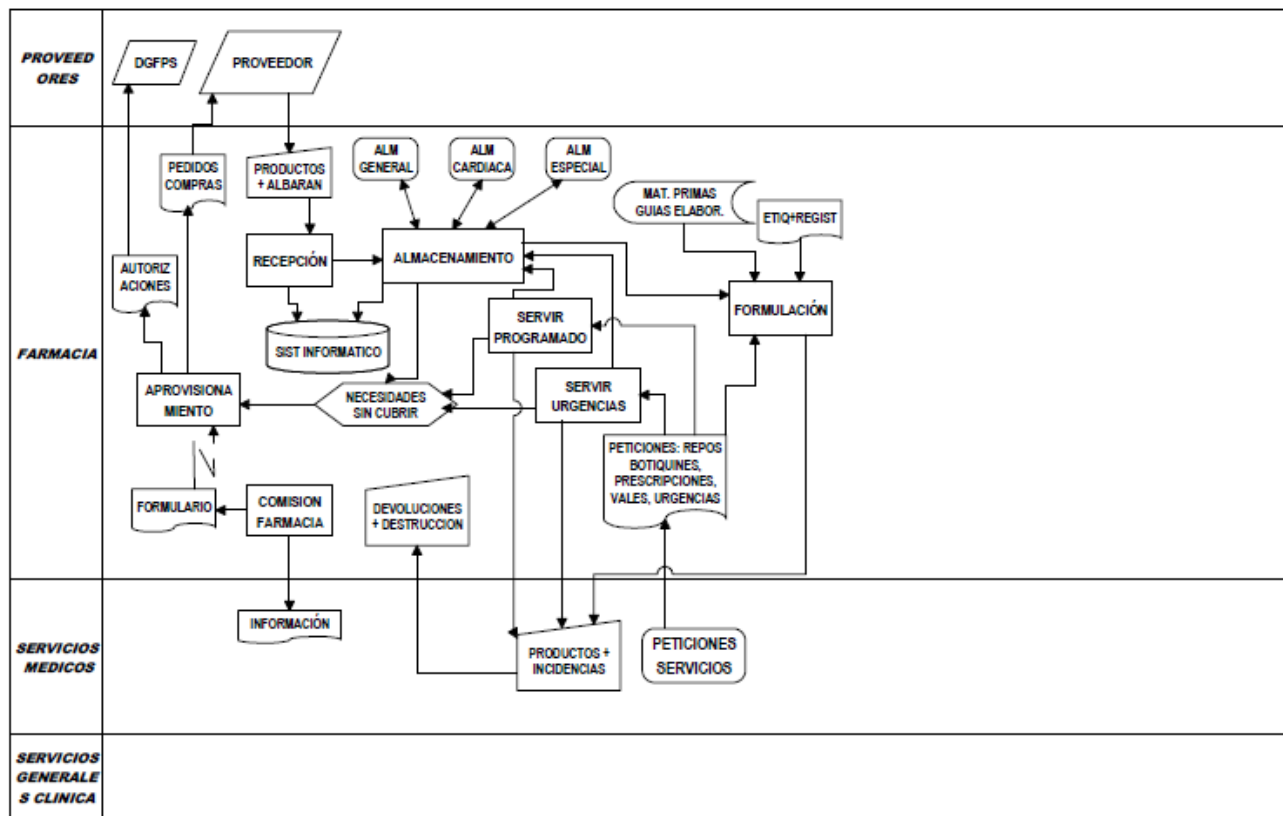
Se verificarán los aprovisionamientos realizados y se hará un seguimiento del desempeño de los proveedores, que dará lugar a su evaluación.

### **3.5.6. REGISTROS IDENTIFICADOS**

Como registros identificados tenemos:

- Solicitudes de Analíticas proporcionadas por los Ordenantes.
- Bases de Datos propias de cada uno de los Equipos Analizadores.
- Informes Analíticos resultantes solicitados por los ordenantes.
- Pedidos y stocks de consumibles, reactivos, etc...
- Controles internos y externos.
- Peticiones de determinaciones a Laboratorios externos
- Datos para facturación
- Incidencias Servicio
- Fichas de equipo
- Informes de No Conformidad, de Acciones Correctivas y Preventivas, de Reclamaciones y quejas.
- Planes de formación, fichas de formación y actas de formación.

### 3.6. PROCESO DE FARMACIA HOSPITALARIA



En la figura anterior se muestran los principales subprocesos del Proceso de Farmacia, que corresponden a sus actividades de valor añadido.

El Proceso tiene como Propietario al Jefe de Farmacia.

#### 3.6.0. ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO

Las Entradas al Proceso lo constituyen:

- 1.- Peticiones de Servicio de medicamentos, productos sanitarios, instrumental o preparados, emitidos por Enfermería de Planta o Facultativos.
- 2.- Productos enviados por los Proveedores
- 3.- Instalaciones, materiales y Productos.
- 4.- Instrucciones de Trabajo, PNT y Guías de Preparación

Las salidas del Proceso son las siguientes:

- 1.- Productos Servidos a los peticionarios (Enfermería de Planta y Facultativos).
- 2.- Pedidos realizados a los Proveedores.
- 3.- Información sobre Medicamentos a Servicios Médicos, Comisiones, Dirección y personal del Centro.
- 4.- Comunicaciones con DGFPF.

5.- Informes periódicos y datos para Administración.

6.- Controles de Instalaciones y Equipos.

### 3.6.1. REQUISITOS Y OBJETIVOS DEL PROCESO

El principal objetivo del Proceso es el de dar un Servicio de dispensación de Medicamentos y Productos Sanitarios eficaz y controlado a los Servicios de la Organización, informando a dichos Servicios, y buscando la racionalización, seguridad y efectividad en el uso de los productos.

Los requisitos primordiales que gobiernan el proceso son:

- Cumplimiento de la Legalidad Vigente e instrucciones de la DGFPF y Consellería de Sanitat.
- Peticiones realizadas por la Unidades Organización x, Botiquines y Consumidores de la Organización X.
- Sometido a las Inspecciones periódicas de la Consellería de Sanitat
- Disponibilidad de Zona de preparación.
- Sistemas de computación y archivo asociados. Espacios para almacenamiento y preparación. (Ver en Recursos).
- Minimización de costes y gastos.

### 3.6.2. PROCESOS DE SOPORTE Y APOYO

A fin de lograr un funcionamiento eficiente de estos Procesos de Valor Añadido, se han identificado los siguientes procesos de Soporte que cuentan con el soporte de Organización X:

- Procesos Administrativo-Financieros
- Proceso de Mantenimiento de los Equipos e Instalaciones, incluyendo el Servicio de Informática.
- Limpieza de Salas e Instalaciones.

### 3.6.3. DOCUMENTOS APLICABLES

Se ha identificado la necesidad de contar con documentos que regulen las siguientes partes del Proceso:

- Selección de Productos.
- Gestión de Compras de Farmacia.
- Almacenamiento y Control de Productos de Farmacia.
- Dispensación de Productos de Farmacia.
- Formulación.
- Información a Servicios.
- Trabajo del Farmacéutico.

- Trabajo de Auxiliares.
- Calibración y verificación de equipos de medida.

### 3.6.4. RECURSOS PRECISOS

Se identifican los siguientes recursos para proporcionar adecuadamente el servicio esperado por el Cliente:

- Área de Preparación de Fórmulas Magistrales y Preparados Oficinales.
- Área de preparación de Mezclas Intravenosas y Nutrición Parenteral, Citotóxicos y otros preparados estériles, (con cabina de flujo laminar horizontal), Área de preparación de Citostáticos (cabina de flujo laminar vertical tipo 2b).
- Pila con agua potable (caliente y fría).
- Dotación de utillaje y aparataje.
- Cámara frigorífica, para conservación de medicamentos termolábiles.
- Caja de Seguridad para control de sustancias estupefacientes.
- Zonas de almacenamientos con estanterías para depósito y control de Medicamentos y productos sanitarios.
- Sistema informático con aplicación de control y pedidos de productos, y conexión a Internet. Debe estar conectado al sistema de la Organización para permitir el cargo de medicaciones individualizadas.
- Contenedores de residuos sanitarios.
- Servicio de Limpieza: el de la Organización.
- Personal: 1 Jefe de Servicio (Licenciado en Farmacia), dos Auxiliares de Farmacia.

### 3.6.5. ACTIVIDADES DE VERIFICACIÓN, VALIDACIÓN, SEGUIMIENTO E INSPECCIÓN DEL SERVICIO

Se revisará las Peticiones de Servicios para valorar su servicio, prioridad, reposiciones, etc.

Se verificará las existencias de stock de los productos, a fin de valorar la reposición de los mismos y emisión de pedidos, así como su buen estado y caducidad.

Se controlará la recepción de productos, para comprobar su adecuación a lo solicitado, buen estado y caducidad.

Se validarán las peticiones de nuevos medicamentos, a fin de efectuar la autorización a la DGFPF si preciso, incorporarlos al Formulario de Organización, etc.

Se controlarán que todas las formulaciones se realicen de acuerdo a los PNT y guías establecidas.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

Se controlarán las recetas y los vales de psicotropos y estupefacientes, según se indica en la legislación vigente.

Se verificarán las condiciones de temperatura en la Cámara frigorífica de Farmacia.

Control del Mantenimiento preventivo.

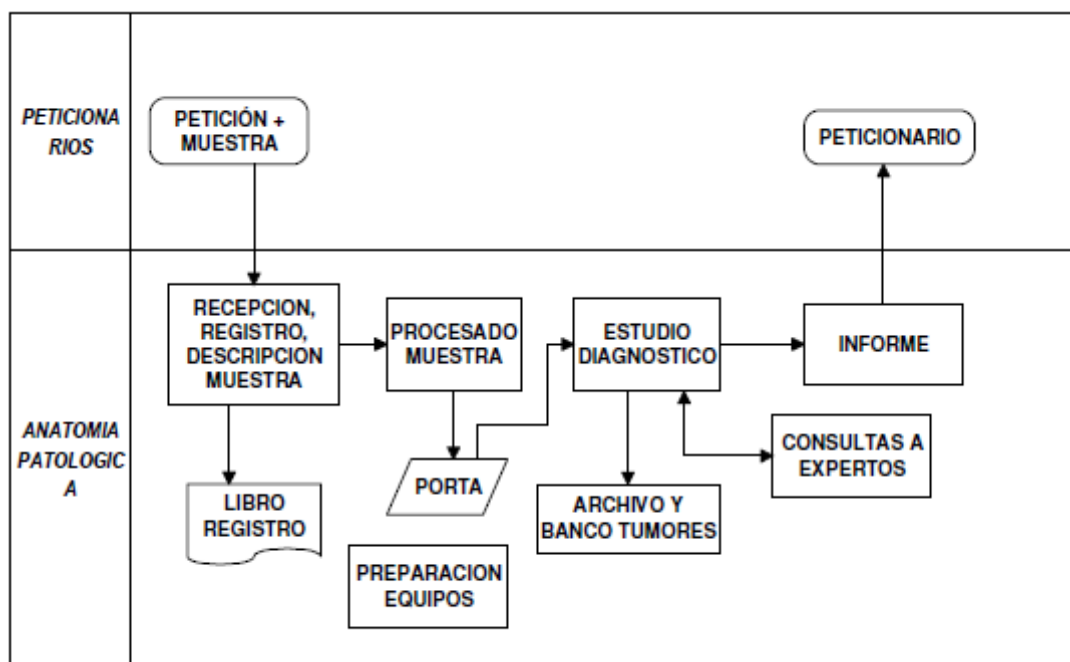
Se verificarán los aprovisionamientos realizados y se hará un seguimiento del desempeño de los proveedores, que dará lugar a su evaluación.

### 3.6.6. REGISTROS IDENTIFICADOS

Como registros identificados tenemos:

- Base de Datos de Farmacia en el Sistema Informático propio.
- Peticiones de Medicación en Papel. También los vales de aprovisionamiento de Psicotropos y Estupefacientes.
- Registro de Temperaturas.
- Registro – Programa de Mantenimiento Preventivo.
- Fichas de equipo.
- Formulario de verificación y calibración de balanzas y termómetros.
- Informes de No Conformidad, de Acciones Correctivas y Preventivas, de Reclamaciones y quejas.
- Planes de formación, fichas de formación y actas de formación.

### 3.7. PROCESO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA



En la figura anterior se muestran los principales subprocesos del Proceso de Anatomía Patológica, que corresponden a sus actividades de valor añadido.

El Proceso tiene como Propietario a la Jefa del Servicio de Anatomía Patológica.

### 3.7.0. ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO

Las Entradas al Proceso lo constituyen:

- 1.- Peticiones de Estudio Anatómico-patológico, acompañados de las correspondientes muestras (biopsias, citologías, etc.)
- 2.- Instalaciones, materiales y Productos.
- 3.- Instrucciones de Trabajo, y Protocolos de Sociedades especializadas.
- 4.- Tarifas establecidas por Dirección

Las salidas del Proceso son las siguientes:

- 1.- Estudios Anatómico-patológicos
- 2.- Tumores guardados en Banco Tumores.
- 3.- Controles de Instalaciones y Equipos (Internos y Externos)
- 4.- Comunicaciones con los médicos, y con nuestro Centro de Referencia.
- 5.- Datos para facturación

### 3.7.1. REQUISITOS Y OBJETIVOS DEL PROCESO

El principal objetivo del Proceso es el de proporcionar estudios anatomopatológicos fiables y eficaces a los demás Servicios de la Organización y fuera de ella.

Los requisitos primordiales que gobiernan el proceso son:

- Cumplimiento de la Legalidad Vigente, en especial en cuanto a Gestión de Residuos sanitarios.
- Peticiones realizadas por facultativos de la Organización X o fuera de ella.
- Sistemas de computación, tratamiento y archivo asociados. Instalaciones frigoríficas a -80 °C. Banco de Tumores,...
- Convenio de colaboración con CNIO.
- Minimización de costes y gastos.

### 3.7.2. PROCESOS DE SOPORTE Y APOYO

A fin de lograr un funcionamiento eficiente de estos Procesos de Valor Añadido, se han identificado los siguientes procesos de Soporte que cuentan con el soporte de Organización X:

- Procesos Administrativo-Financieros.
- Proceso de Compras, realizado por Farmacia en cuanto a consumibles y por Compras generales en cuanto a equipos.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

- Proceso de Mantenimiento de los Equipos e Instalaciones, incluyendo el Servicio de Informática.
- Limpieza de Equipos e Instalaciones.
- Gestión de Residuos sanitarios.

### 3.7.3. DOCUMENTOS APLICABLES

Se ha identificado la necesidad de contar con documentos que regulen las siguientes partes del Proceso:

- Recepción de Muestras.
- Preparación de Equipos.
- Procesado de muestras (Biopsias, Citologías, Diff-Quick, etc.).
- Control de calidad.
- Estudios e Informes.
- Archivo y Banco.
- Trabajo del Jefe de Servicio.
- Trabajo del Técnico de Anatomía Patológica.
- Calibración y mantenimiento de equipos.

Además de los Protocolos específicos establecidos por las Sociedades Profesionales para la realización de los Estudios.

### 3.7.4. RECURSOS PRECISOS

Se identifican los siguientes recursos para proporcionar adecuadamente el servicio esperado por el Cliente:

- Área de Estudios, con Microscopios, Equipo fotografía, Ordenador, etc.
- Área de procesado con Procesador, Microtomo, Agitador, Baño de flotación, Centrífuga, Criostato, Placa Fría, Placa caliente, Estufa, horno microondas, Montador, Teñidor.
- Campana extractora, Mesa de Tallado, Nevera, Balanza de Precisión, Congelador -80 °C.
- Zonas de almacenamientos con estanterías para banco de muestras y productos sanitarios.
- Sistema informático con aplicaciones ofimáticas, propias de Anatomía, y conexión a Internet. Debe estar conectado al sistema de la Organización para permitir el cargo de los estudios realizados.
- Contenedores de residuos sanitarios.
- Servicio de Limpieza: el de la Organización.
- Personal: 1 Jefe de Servicio (Licenciado en Medicina, Especialidad en Anatomía Patológica), un Técnico de Anatomía Patológica.



### **3.7.5. ACTIVIDADES DE VERIFICACIÓN, VALIDACIÓN, SEGUIMIENTO E INSPECCIÓN DEL SERVICIO**

Se revisará las Peticiones de Estudios para valorar su adecuación y factibilidad.

Se revisan las muestras proporcionadas, a fin de ver si son aptas para el estudio solicitado.

Se controlará el correcto funcionamiento de todas las instalaciones a comienzo de día.

Se controlarán las muestras procesadas en portas, a fin de determinar si es posible proceder con el estudio, o bien ha de repetirse su obtención.

Se verificarán las condiciones de temperatura en la Nevera, Estufa, y el peso en Balanza.

Control del Mantenimiento preventivo.

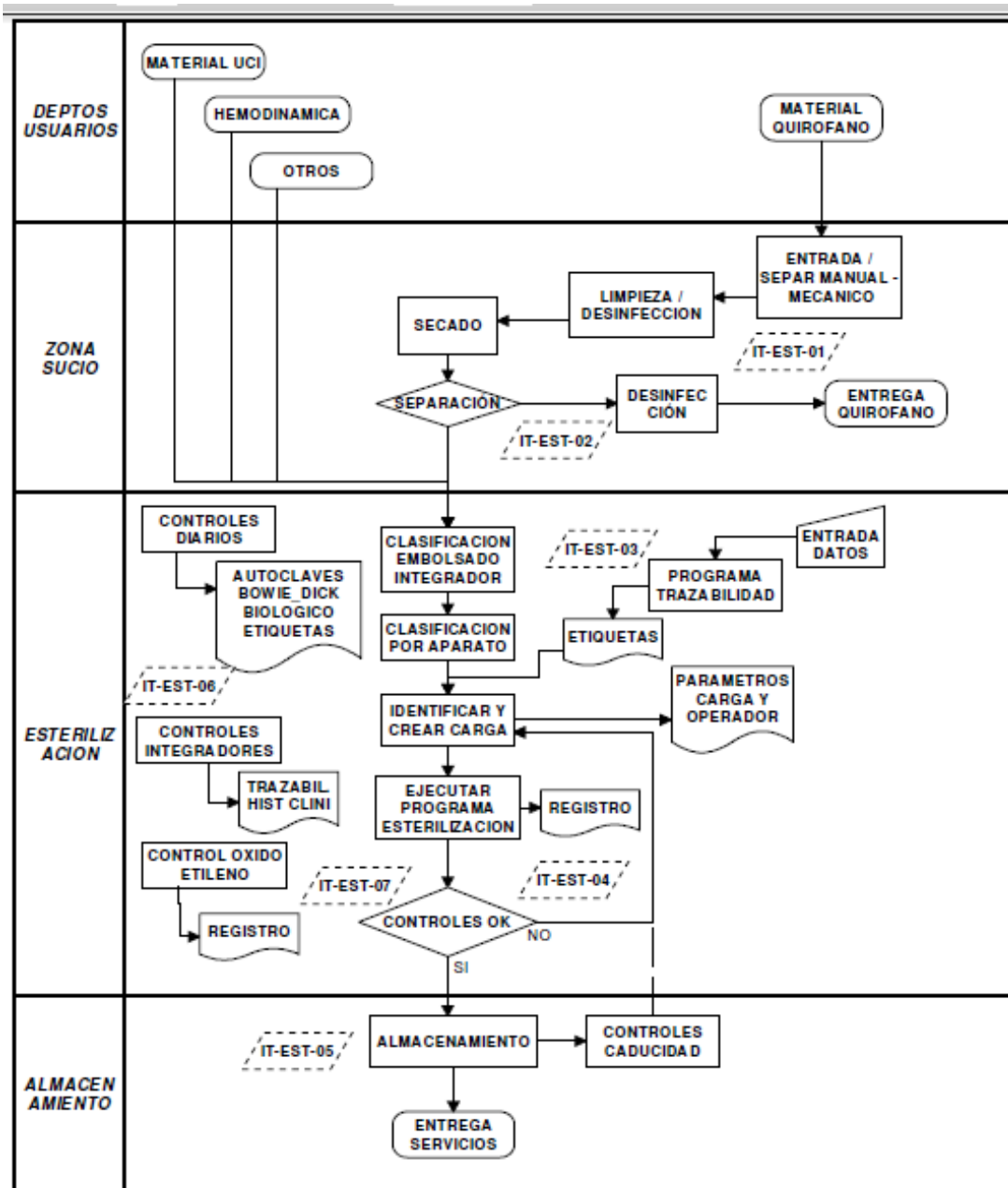
Se verificarán los aprovisionamientos realizados y se hará un seguimiento del desempeño de los proveedores, que dará lugar a su evaluación.

### **3.7.6. REGISTROS IDENTIFICADOS**

Como registros identificados tenemos:

- Informes Anatomo-patológicos.
- Peticiones de Estudio.
- Libro Registro del Servicio.
- Hojas de Trabajo.
- Registro de Temperaturas.
- Registro – Programa de Mantenimiento Preventivo.
- Relación de equipos.
- Formulario de verificación y calibración de equipos de medición.
- Informes de No Conformidad, de Acciones Correctivas y Preventivas, de Reclamaciones y quejas.
- Planes de formación, fichas de formación y actas de formación.
- Indicadores del Servicio.

3.8. PROCESO DE ESTERILIZACIÓN



En la figura anterior se muestran los principales subprocesos del Proceso de Esterilización, que corresponden a las actividades de valor añadido que lleva a cabo el Servicio.

El Proceso tiene como Propietario a la Supervisora del Área Quirúrgica del Hospital.

### 3.8.0. ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO

Las Entradas al Proceso lo constituyen:

- 1.- Las solicitudes de esterilización, junto al material que debe procesarse.
- 2.- Instalaciones, materiales y Productos.
- 3- Instrucciones de Trabajo.

Las salidas del Proceso son las siguientes:

- 1.- Material esterilizado, entregado o guardado en el Almacén.
- 2.- Controles diarios y controles integradores.
- 3.- Registros de trazabilidad.

### 3.8.1. REQUISITOS Y OBJETIVOS DEL PROCESO

El principal objetivo del Proceso es el de proporcionar material de varios usos e instrumental perfectamente esterilizado, a fin de poder ser usado por cirujanos y especialistas con garantías de estado, y sometido a un estricto control de caducidad y trazabilidad.

Los requisitos primordiales que gobiernan el proceso son:

- Cumplimiento de la Legalidad Vigente, en especial en cuanto a Gestión de Residuos sanitarios y Manejo de Óxido de Etileno.
- Peticiones realizadas por personal de Quirófano o de los Servicios de la Organización X.
- Sistemas de gestión de trazabilidad.
- Minimización de costes y gastos.

### 3.8.2. PROCESOS DE SOPORTE Y APOYO

A fin de lograr un funcionamiento eficiente de estos Procesos de Valor Añadido, se han identificado los siguientes procesos de Soporte que cuentan con el soporte de Organización X:

- Procesos Administrativo-Financieros.
- Proceso de Compras, realizado por Farmacia en cuanto a consumibles y por Compras generales en cuanto a equipos.
- Proceso de Mantenimiento de los Equipos e Instalaciones, incluyendo el Servicio de Informática.
- Limpieza de Equipos e Instalaciones.
- Gestión de Residuos sanitarios.

### 3.8.3. DOCUMENTOS APLICABLES

Se ha identificado la necesidad de contar con documentos que regulen las siguientes partes del Proceso:

- Limpieza de Material.
- Desinfección de Material.
- Empaquetado e identificación de Material.
- Esterilización, incluyendo trazabilidad.
- Almacenaje y entrega.
- Controles diarios.
- Control de exposición al óxido de etileno.
- Limpieza y desinfección de videoendoscopios.
- Calibración y mantenimiento de equipos.

### 3.8.4. RECURSOS PRECISOS

Se identifican los siguientes recursos para proporcionar adecuadamente el servicio esperado por el Cliente:

- Área de Lavado y Desinfección, con cubetas y pistolas de aire comprimido, Lavadora LANCER 910, y Lavadora desinfectadora Soluscope y mini ETD2 PAA.
- Área de Esterilizado, con mesa de trabajo, máquina de termosellado, esterilizador por peracético SYSTEM1 de STERIS, 3 Autoclaves de vapor MATACHANA, uno de óxido de etileno STERIS, 2 estufas de incubación ATTEST, dosímetros de óxido de etileno.
- Sistema Informático de emisión de Etiquetas de Trazabilidad GEASOFT.
- Zonas de almacenamiento de material esterilizado, con estanterías, armarios y carro de transporte.
- Sistema informático con aplicaciones ofimáticas, y conexión a Internet, conectado al sistema de la organización x.
- Contenedores de residuos sanitarios.
- Servicio de Limpieza: el de la Organización.
- Personal: 1 Supervisora de Esterilización, 1 Auxiliar de Esterilización.

### 3.8.5. ACTIVIDADES DE VERIFICACIÓN, VALIDACIÓN, SEGUIMIENTO E INSPECCIÓN DEL SERVICIO

Se verificara que el tiempo de exposición del material al agente desinfectante es el adecuado, antes de sacar el material.

En el empaquetado y embolsado previo al proceso de esterilización, se comprueba que el embalaje sea el adecuado y su integridad, así como que esté correctamente identificado mediante su etiqueta.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

Se verificará el correcto funcionamiento de los Equipos de esterilización, aplicando Test de Bowie Dick, controles químicos externos e internos, y controles biológicos de Esterilización (según equipos).

Se controla la correcta esterilización de paquetes, mediante los integradores químicos adjuntos a los mismos.

Se controlan los productos esterilizados usados con un Paciente (trazabilidad).

Se verifica la correcta identificación del material que se introduce en el Almacén de Productos esterilizados.

Se revisa periódicamente la caducidad de los materiales esterilizados guardados en el Almacén de Productos esterilizados.

Se controla la exposición al óxido de etileno de las personas que trabajen con los Autoclaves (solo si se está expuesto más de 7 horas al día).

Control del Mantenimiento preventivo.

Se verificarán los aprovisionamientos realizados y se hará un seguimiento del desempeño de los proveedores, que dará lugar a su evaluación.

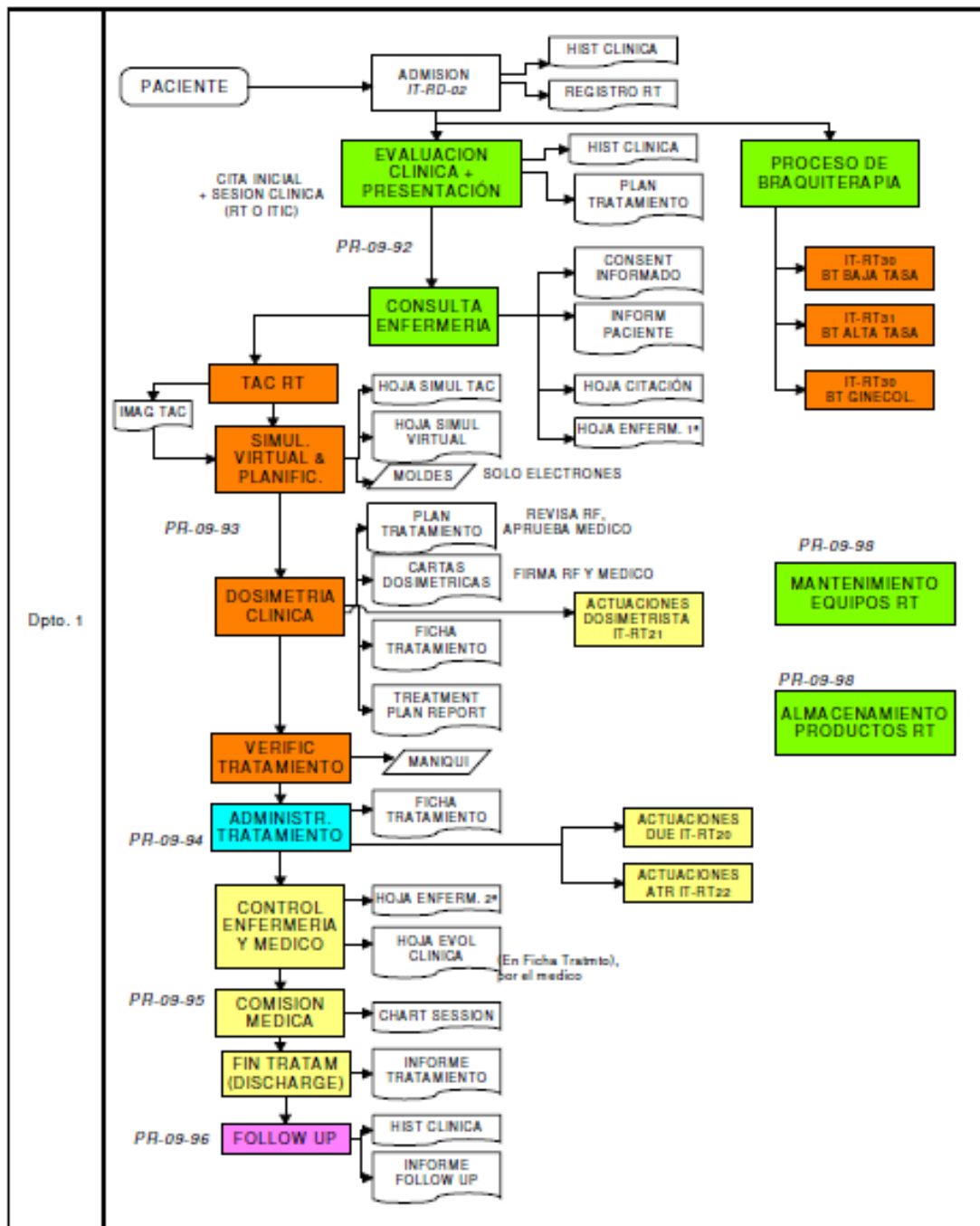
### **3.8.6. REGISTROS IDENTIFICADOS**

Como registros identificados tenemos:

- Hoja de Solicitud de Esterilización.
- Hoja Registro de Limpieza de Material.
- Hoja de Limpieza de Quirófano.
- Tiras registro del Proceso de Esterilización.
- Ficha Control diario de equipo.
- Hoja Control diario de trabajos.
- Tiras integradoras de control químico de paquetes esterilizados, que se pegan en la Hoja de Trazabilidad de Material esterilizado usado con un paciente.
- Sobre de Controles diarios.
- Hoja de control de esterilización por peracético.
- Hoja de Control de Exposición al óxido de etileno.
- Cuadro de seguimiento SOLUSCOPE2.
- Hoja Registro de Actividad de Lavadora Desinfectadora.
- Registro – Programa de Mantenimiento Preventivo.
- Relación de equipos.
- Formulario de verificación y calibración de equipos de medición.
- Informes de No Conformidad, de Acciones Correctivas y Preventivas, de Reclamaciones y quejas.
- Planes de formación, fichas de formación y actas de formación.

- Indicadores del Servicio.

### 3.9. PROCESO DE RADIOTERAPIA



En la figura anterior se muestran los principales subprocesos del Proceso de Radioterapia, que corresponden a las actividades de valor añadido que lleva a cabo el Servicio.

El Proceso tiene como Propietario al Jefe de Servicio de Radioterapia de la ORGANIZACIÓN X.

### 3.9.0. ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO

Las Entradas al Proceso lo constituyen:

- 1.- Las Peticiones de tratamiento realizadas por Facultativos y Hospitales remitentes.
- 2.- Los consentimientos Informados.
- 3.- Las Pruebas y diagnósticos solicitados a otros Servicios.
- 4.- Instalaciones, materiales y Productos.
- 5.- Instrucciones de Trabajo.

Las salidas del Proceso son las siguientes:

- 1.- Pacientes tratados y con seguimiento.
- 2.- Historia Organización x con todos sus Registros de trazabilidad de cálculos y tratamientos.
- 3.- Informes de Tratamiento.

### 3.9.1. REQUISITOS Y OBJETIVOS DEL PROCESO

El principal objetivo del Proceso es el de realizar tratamientos radioterápicos a los Pacientes en condiciones de control y seguridad estricta, y al estado del arte.

Los requisitos primordiales que gobiernan el proceso son:

- Cumplimiento de la Legalidad Vigente, en especial en cuanto a lo relativo a Seguridad Nuclear, Protección Radiológica y Radiaciones ionizantes.
- Peticiones realizadas por los Servicios de la Organización X, o referentes Externos.
- Sometido a las Inspecciones periódicas de la Consellería de Sanitat.
- Sistemas de gestión de trazabilidad.
- Minimización de costes y gastos.

### 3.9.2. PROCESOS DE SOPORTE Y APOYO

A fin de lograr un funcionamiento eficiente de estos Procesos de Valor Añadido, se han identificado los siguientes procesos de Soporte que cuentan con el soporte de Organización X:

- Procesos Administrativo-Financieros.
- Proceso de Compras, realizado por Farmacia en cuanto a medicamentos y consumibles y por Compras generales en cuanto a equipos.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Proceso de Mantenimiento de los Equipos e Instalaciones, incluyendo el Servicio de Informática. El mantenimiento programado de Equipos de Radioterapia es realizado por la Casa Suministradora.
- Limpieza de Equipos e Instalaciones.
- Gestión de Residuos sanitarios.
- Gestión de los dosímetros realizada por Empresa Externa.

### **3.9.3.- DOCUMENTOS APLICABLES**

Se ha identificado la necesidad de contar con documentos que regulen las siguientes partes del Proceso:

- Comisión de Garantía de Calidad.
- Revisión de Peticiones y Evaluación Inicial.
- Simulación, Planificación y Dosimetría.
- Aplicación de tratamiento Radioterápico.
- Evaluación, Control e Informes.
- Seguimiento post tratamiento.
- Almacenamiento productos Radioterapia.
- Mantenimiento Equipos Radioterapia.
- Dosimetría Física.
- Braquiterapia Ginecológica.
- Braquiterapia Baja tasa próstata.
- Braquiterapia alta tasa pieles.
- Admisión Pacientes.
- Actuaciones DUE RT.
- Actuaciones dosimetrista.
- Actuaciones ATR.

### **3.9.4. RECURSOS PRECISOS**

Se identifican los siguientes recursos para proporcionar adecuadamente el servicio esperado por el Cliente:

- Sistema de Acelerador VARIAN Clinac 2100CD.
- Sistema de Planificación ECLIPSE DX.
- Consola de simulación virtual.
- Analizador de haces de curvas de isodosis.
- Sistema de análisis de haces 3D.
- Sistema de verificación del acelerador.
- Electrómetros, Cámaras cilíndricas y planas.
- Monitor de radiación.
- Red de Gestión de tratamientos e Imágenes VARIS – VARIS/VISION.
- Varias estaciones de Trabajo para planificación y control.
- Fuentes de comprobación de estabilidad de los equipos dosimétricos.



## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Maniquí de agua con control computarizado (tridimensional).
- Maniquí de láminas equivalente tejido con alojamiento fijo para cámara.
- Películas dosimétricas adecuadas a los diferentes equipos generadores de radiación y sistema de revelado.
- Sistemas dosimétricos complementarios (para verificaciones rápidas).
- Equipamiento auxiliar (termómetro, barómetro, cronómetro, cintas métricas, nivel,...)
- Equipo de Braquiterapia de Alta tasa NUCLETRON Microselectron mHDR.
- TAC GENERAL ELECTRIC Prospeed Sfast.
- Zonas de almacenamiento de fuentes radioactivas, así como estanterías, armarios y carros de transporte para material fungible y medicamentos.
- Sistema informático con aplicaciones ofimáticas, y conexión a Internet, conectado al sistema de la organización x.
- Contenedores de residuos sanitarios.
- Servicio de Limpieza: el de la Organización x.
- Personal: 3 Médicos Oncólogos RT, 1 Radiofísico, 1 Dosimetrista, 3 ATR, 2 DUE, 1 Administrativa - Recepción.

### **3.9.5. ACTIVIDADES DE VERIFICACIÓN, VALIDACIÓN, SEGUIMIENTO E INSPECCIÓN DEL SERVICIO**

Revisiones del Sistema de Garantía de Calidad del Sistema en la Organización.

Revisión y Valoración del Paciente a su entrada.

Verificación del Posicionamiento del Paciente.

Verificación del Cálculo dosimétrico para el tratamiento.

Validación de la Carta dosimétrica por el médico y Radiofísico.

Control de Puesta en Tratamiento y de Ficha de Tratamiento en las Sesiones Técnicas de Radioterapia.

Control semanal del Paciente por Oncólogo y DUE.

Evaluación Final por el Médico Oncólogo y Radiofísico.

Controles periódicos post tratamiento.

Controles de Mantenimiento interno y Pruebas Radiológicas periódicas a los Equipos.

Mantenimiento preventivo y correctivo externo, validado por Radiofísico.

Control del Material por DUE.

### 3.9.6. REGISTROS IDENTIFICADOS

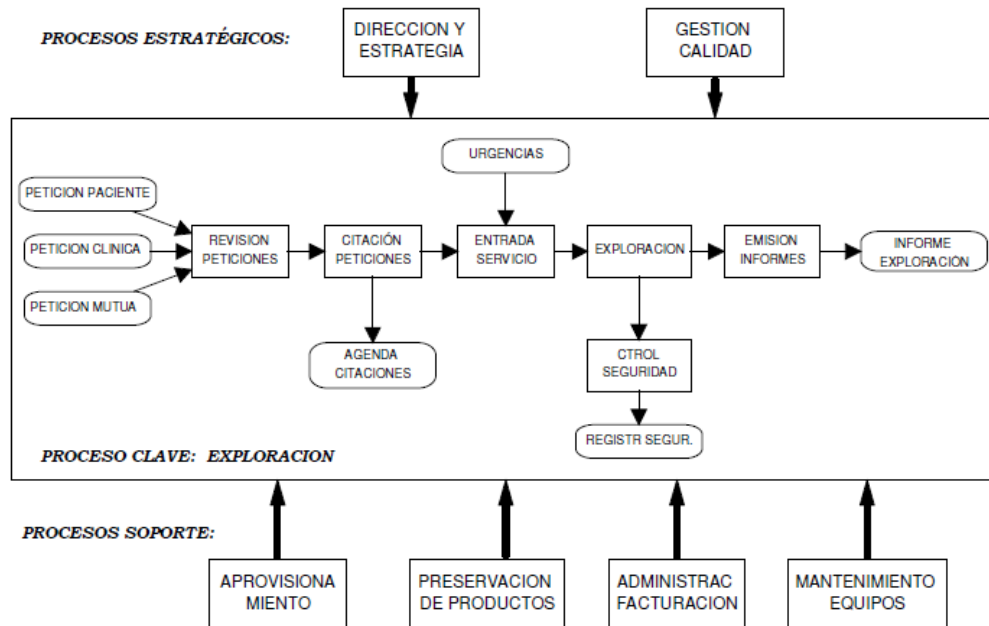
Como registros identificados están:

- Acta de las Reuniones de la Comisión de Garantía y Control de Calidad.
- Informe de la Comisión de Garantía y Control de Calidad.
- Carpeta de Historia Organización x.
- Plan de Tratamiento.
- Consentimiento informado firmado.
- Hoja de Citaciones.
- Hoja de seguimiento de Enfermería.
- Hoja de simulación TAC.
- Carta dosimétrica.
- Ficha de tratamiento.
- Registros informáticos del Sistema de Planificación.
- Agenda de Tratamientos.
- Hoja de Chart Sesión.
- Informes Clínicos.
- Informes Clínicos de Seguimiento.
- Hoja Registro de Mantenimiento Interno.
- Tablas de Actuaciones Internas de Mantenimiento periódico.
- Albaranes de Intervención / Hoja de Averías.
- Hoja Registro de Fechas.
- Hoja de Evolución de Enfermería PRE.
- Registro de Seguimiento.
- Registro POST.
- Registro de Curas.
- Planning Diario.
- Registro del carro de paradas.
- Peticiones a otros Servicios como Cocina, Esterilización, Lencería,...
- Libro de Actas.
- Libro de Pacientes.
- Libro de Relevos.
- Relación de equipos.
- Formulario de verificación y calibración de equipos de medición.
- Informes de No Conformidad, de Acciones Correctivas y Preventivas, de Reclamaciones y quejas.
- Planes de formación, fichas de formación y actas de formación.
- Indicadores del Servicio.

### 3.10. PROCESO DE EXPLORACIONES DE RESONANCIA MAGNÉTICA

En la figura siguiente se muestran los principales subprocesos del Proceso de Exploraciones de Resonancia Magnética, que corresponden a las actividades de valor añadido.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada



El Proceso tiene como Propietario al Responsable del Servicio.

### 3.10.0. ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO

Las Entradas al Proceso lo constituyen:

- 1.- Peticiones facultativas, con los datos del Paciente.
- 2.- Entradas de Pacientes (Programadas y urgencias).
- 3.- Instalaciones, materiales y Productos.
- 4.- Protocolos de Exploración.
- 5.- Tarifas establecidas por Dirección.

Las salidas del Proceso son las siguientes:

- 1.- Datos de exploración grabados en el Sistema Informático.
- 2.- Informe de Exploración.
- 3.- Agenda de Citaciones / Exploraciones realizadas.
- 4.- Control de Seguridad.
- 5.- Facturación.

### 3.10.1. REQUISITOS Y OBJETIVOS DEL PROCESO

Los objetivos del Proceso son en esencia los de proporcionar unos informes de exploración de Resonancia Magnética, que responda profesionalmente a la Petición facultativa, y que se desarrolle en condiciones de confort y diligencia para los pacientes.

Los requisitos primordiales que gobiernan el proceso son:

- Acuerdo con Proveedor.
- Pacientes enviados por Mutuas o Aseguradoras, así como por médicos privados, incluso de Organización X.
- Sometido al Control de Seguridad.
- Posibilidad de Exploraciones programadas, según citación, así como entradas urgentes.
- Disponibilidad de Sistemas de Resonancia Magnética de 1.5 Teslas, junto a los Sistemas de computación y archivo asociados en los Centros del Servicio. Espacio para uso del paciente y de los especialistas.
- Minimización de costes y gastos.

### 3.10.2. PROCESOS DE SOPORTE Y APOYO

A fin de lograr un funcionamiento eficiente de estos Procesos de Valor Añadido, se han identificado los siguientes procesos de Soporte que cuentan con el soporte de Organización X:

- Compras y evaluación de Proveedores.
- Preservación de Productos (almacenamiento).
- Procesos Administrativo-Financieros.
- Proceso de Mantenimiento de Equipos Radiológicos.

### 3.10.3. DOCUMENTOS APLICABLES

Se ha identificado la necesidad de contar con documentos que regulen las siguientes partes del Proceso:

- Revisión de las Peticiones de Exploración.
- Citación de Pacientes.
- Control del Proceso de Exploración.
- Manual de Protocolos ORGANIZACIÓN X.
- Entrega de Resultados.
- Control del Proceso de Urgencias.
- Mantenimiento de Equipos Radiológicos.
- Revisión carro de paradas.

### 3.10.4. RECURSOS PRECISOS

Se identifican los siguientes recursos para proporcionar adecuadamente el servicio esperado por el Cliente:

- Área de Espera y Vestuario de Pacientes, para facilitarles su espera y permitirles el cambiarse a las batas usadas durante la exploración.
- Sala de Exploración, con el Equipo de Resonancia, donde se somete al Paciente a la Exploración. No se admiten elementos metálicos dentro de la misma.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Sala de Mando y Control para los Técnicos, dotada de los Terminales de mando del Sistema Informático y sus periféricos de salida.
- Sala de Informes, donde los facultativos a la vista de las Placas obtenidas, informan las mismas, según la petición facultativa.
- Sala del Sistema con las Unidades Centrales de Proceso del Sistema, así como el Sistema enfriador necesario para la superconductividad del Equipo de Resonancia.
- Área de almacenamiento de los diversos consumibles y Productos, con nevera, e incluyendo el archivo de los medios magnéticos.
- Disponibilidad de lencería usada durante la exploración.
- Personal: 1 Jefe de Servicio (médico radiólogo), al menos un radiólogo por Turno, 1 TER, y un auxiliar de Organización por Turno (mínimo). Una auxiliar administrativa y Servicio de Limpieza contratado o propio.
- Disponibilidad de un carro de paradas, con su dotación para hacerlo efectivo.

### **3.10.5. ACTIVIDADES DE VERIFICACIÓN, VALIDACIÓN, SEGUIMIENTO E INSPECCIÓN DEL SERVICIO**

Se revisará la adecuación de las Peticiones de Exploración emitidas por los facultativos, y que contengan los datos mínimos, y se aprobarán.

Se verificarán las Citaciones a fin de asignarles hora, según tipología y huecos.

Se controlará la existencia del Consentimiento informado para todos los pacientes que deban ser sedados.

Control de Asistencias y retrasos en los Pacientes citados.

Control de parámetros durante la exploración y tras la misma.

Control de imágenes obtenidas y su impresión por el TER, a fin de desechar las que no reúnan condiciones, y anotar las buenas en el Libro de Operador.

Cuaderno de Entregas.

Control de las urgencias, para encajar en huecos o modificar la agenda de citas.

Control del Mantenimiento preventivo.

Control periódico del nivel de Helio, según indicación del proveedor.

Hojas / Albaranes de Reparación.

Control de Posición y Centraje del Paciente para la exploración.

Control de bobinas, cables, etc.,... en Sala de Exploración.

Control de dotación del carro de paradas.

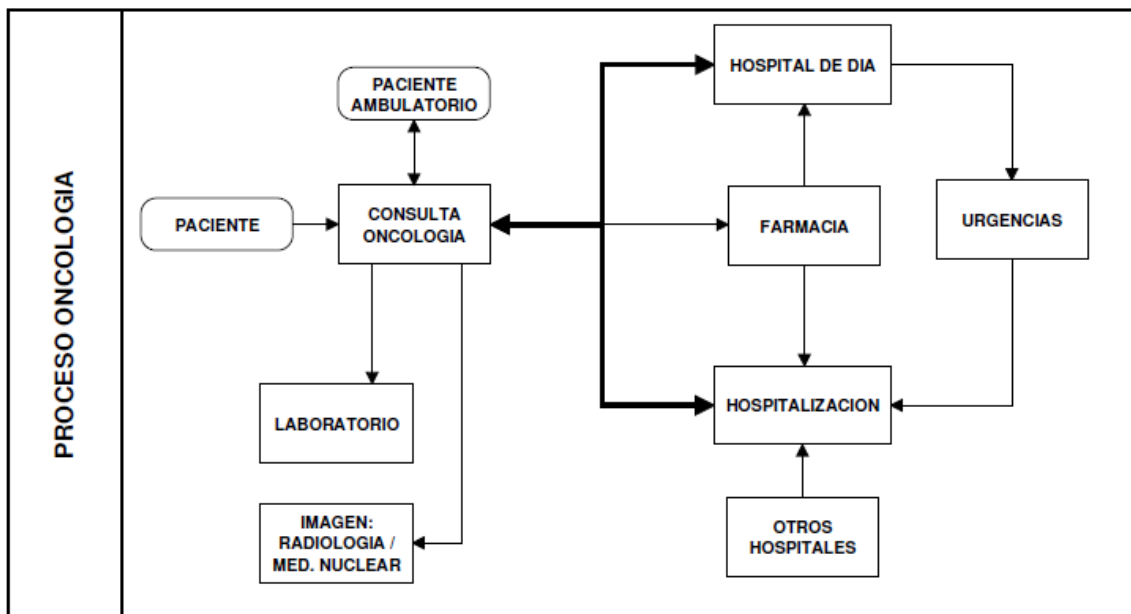
Se verificarán los aprovisionamientos realizados y se hará un seguimiento del desempeño de los proveedores, que dará lugar a su evaluación.

### 3.10.6. REGISTROS IDENTIFICADOS

Como registros identificados se encuentran:

- Peticiones de Exploración emitidas por Facultativos.
- Citas en registro informático.
- Partes de Citación.
- Programas de Exploración previstos.
- Hoja informativa al Paciente / Consentimiento Informado.
- Consentimiento Informado de Sedación.
- Libro del Operador.
- Datos de Exploración en el Sistema Informático.
- Control identificativo del Paciente en los documentos generados, a fin de incorporarlos en el Sobre de Resultados, con cuño de "REVISADO".
- Informe de resultados emitido por el Radiólogo.
- Hoja de Facturación.
- Dossier de Equipos de Resonancia.
- LogBook.
- Hojas de Reparación.
- Hojas de Control de Helio.
- Hojas de Control de Carro de Paradas.
- Informes de No Conformidad, de Acciones Correctivas y Preventivas, de Reclamaciones y quejas.
- Pedidos de Compra por sistema informático.
- Planes de formación, fichas de formación y actas de formación.

### 3.11. PROCESO DE ONCOLOGIA – HOSPITAL DE DIA



En la figura anterior se muestran los principales subprocesos del Proceso de Oncología, que corresponden a las actividades de valor añadido que lleva a cabo el Servicio, bien por sí mismo (Consulta Oncología y Hospital de Día), como por medio de otros Servicios.

El Proceso tiene como Propietario al Jefe de Servicio de Oncología encuadrado en el ITIC de la ORGANIZACIÓN X.

#### 3.11.0. ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO

Las Entradas al Proceso lo constituyen:

- 1.- Las Peticiones de tratamiento realizadas por Facultativos y Hospitales remitentes.
- 2.- Los consentimientos Informados
- 3.- Las Pruebas y diagnósticos solicitados a otros Servicios.
- 4.- Instalaciones, materiales y Productos.
- 5.- Instrucciones de Trabajo.

Las salidas del Proceso son las siguientes:

- 1.- Pacientes tratados y con seguimiento.
- 2.- Historia Organización x con todos sus Registros de trazabilidad de cálculos y tratamientos
- 3.- Informes de Tratamiento

### 3.11.1. REQUISITOS Y OBJETIVOS DEL PROCESO

El principal objetivo del Proceso es el de realizar tratamientos Oncológicos a los Pacientes en condiciones de control y seguridad estricta, y al estado del arte.

Los requisitos primordiales que gobiernan el proceso son:

- Cumplimiento de la Legalidad Vigente.
- Peticiones realizadas por los Servicios de la Organización X, o referentes Externos.
- Minimización de costes y gastos.

### 3.11.2. PROCESOS DE SOPORTE Y APOYO

A fin de lograr un funcionamiento eficiente de estos Procesos de Valor Añadido, se han identificado los siguientes procesos de Soporte que cuentan con el soporte de Organización X:

- Procesos Administrativo-Financieros.
- Proceso de Compras, realizado por Farmacia en cuanto a medicamentos y consumibles y por Compras generales en cuanto a equipos.
- Proceso de Mantenimiento de los Equipos e Instalaciones, incluyendo el Servicio de Informática. El mantenimiento programado de Equipos es realizado por la Casa Suministradora.
- Limpieza de Equipos e Instalaciones.
- Gestión de Residuos sanitarios.

### 3.11.3. DOCUMENTOS APLICABLES

Se ha identificado la necesidad de contar con documentos que regulen las siguientes partes del Proceso:

- Recepción y Citación de Pacientes.
- (Re)Evaluación y Decisión terapéutica por Oncólogo.
- Preparación de la Sala de Hospital de Día.
- Atención a la Entrada del Paciente en Hospital de Día.
- Administración de Medicación.
- Tratamiento de derrames citostáticos.
- Control de Medicación y Material fungible.
- Protocolos del Hospital de Día.

### 3.11.4. RECURSOS PRECISOS

Se identifican los siguientes recursos para proporcionar adecuadamente el servicio esperado por el Cliente, en Hospital de Día:

- Carro paradas.



- Nevera.
- Bombas de infusión.
- Sillones.
- Tensiómetros.
- Termómetros.
- Saturímetro.
- Báscula.
- Tomas de oxígeno.
- Sistema informático con aplicaciones ofimáticas, y conexión a Internet, conectado al sistema de la Organización x, Base Datos de Oncólogo.
- Contenedores de residuos sanitarios.
- Servicio de Limpieza: el de la Organización.
- Personal: 3 Médicos Oncólogos, 1 Supervisora, 2 DUE, 1 Auxiliar, 1 Administrativa – Recepción Servicio.

### **3.11.5. ACTIVIDADES DE VERIFICACIÓN, VALIDACIÓN, SEGUIMIENTO E INSPECCIÓN DEL SERVICIO**

Revisiones del Sistema de Garantía de Calidad del Sistema en la Organización.

Revisión y Valoración del Paciente a su entrada por el Oncólogo.

Control periódico por Oncólogo para control de síntomas, toxicidad, efectividad del tratamiento y seguimiento.

Revisión de los tratamientos y Bolsas de Medicación preparadas para infusión al Paciente.

Control del Paciente por DUE en Hospital de Día.

Controles de Mantenimiento interno a los Equipos.

Control del Material por DUE.

### **3.11.6. REGISTROS IDENTIFICADOS**

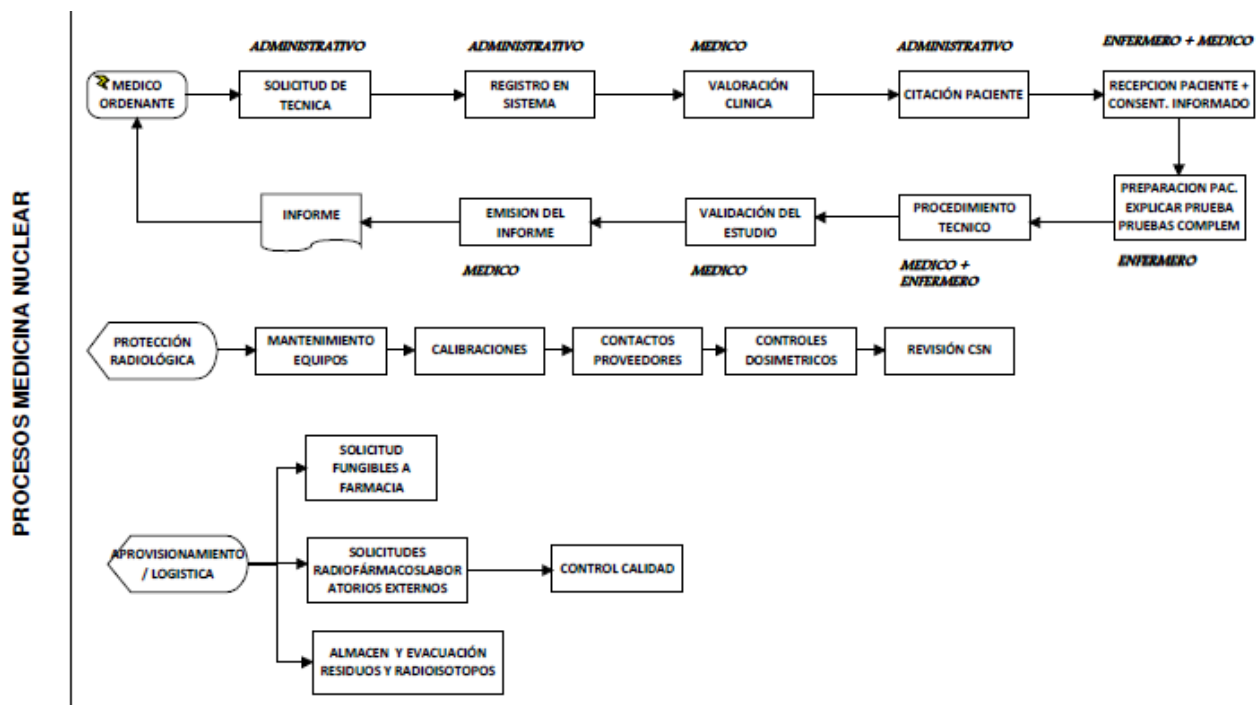
Como registros identificados existen:

- Carpeta de Historia Organización x.
- Protocolo de Medicación.
- Informe Médico.
- Consentimiento informado firmado.
- Agenda de Citaciones.
- Hoja de Consulta valorada.
- Hoja de evolución de Enfermería.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

- Informes de Pruebas solicitadas.
- Registro del carro de paradas.
- Control de Nevera.
- Preparación de la Sala.
- Peticiones a otros Servicios como Cocina, Esterilización, Lencería,...
- Relación de equipos.
- Formulario de verificación y calibración de equipos de medición.
- Informes de No Conformidad, de Acciones Correctivas y Preventivas, de Reclamaciones y quejas.
- Planes de formación, fichas de formación y actas de formación.
- Indicadores del Servicio.

### 3.12. PROCESO DE MEDICINA NUCLEAR



En la figura anterior se muestran los principales subprocesos del Proceso de Medicina Nuclear, que corresponden a las actividades de valor añadido que lleva a cabo el Servicio.

El Proceso tiene como Propietario al Jefe de Servicio de Medicina Nuclear de la Organización X.

#### 3.12.0. ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO

Las Entradas al Proceso lo constituyen:

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- 1.- Las Peticiones de tratamiento realizadas por Facultativos y Hospitales remitentes.
- 2.- Los consentimientos Informados.
- 3.- Las Pruebas y diagnósticos solicitados a otros Servicios.
- 4.- Instalaciones, materiales y Productos.
- 5.- Protocolos de Actuación, según técnicas.

Las salidas del Proceso son las siguientes:

- 1.- Pacientes tratados y con seguimiento.
- 2.- Historia Organización x con todos sus Registros de trazabilidad.
- 3.- Informes de Tratamiento.
- 4.- Hojas de Validación.

### **3.12.1. REQUISITOS Y OBJETIVOS DEL PROCESO**

El principal objetivo del Proceso es el de realizar tratamientos radioterápicos a los Pacientes en condiciones de control y seguridad estricta, y al estado del arte.

Los requisitos primordiales que gobiernan el proceso son:

- Cumplimiento de la Legalidad Vigente, en especial en cuanto a lo relativo a Seguridad Nuclear, Protección Radiológica y Radiaciones ionizantes.
- Peticiones realizadas por los Servicios de la Organización X, o referentes Externos.
- Sistemas de gestión de trazabilidad.
- Minimización de costes y gastos.

### **3.12.2. PROCESOS DE SOPORTE Y APOYO**

A fin de lograr un funcionamiento eficiente de estos Procesos de Valor Añadido, se han identificado los siguientes procesos de Soporte que cuentan con el soporte de Organización X:

- Procesos Administrativo-Financieros.
- Proceso de Compras, realizado por Farmacia en cuanto a medicamentos y consumibles y por Compras generales en cuanto a equipos.
- Proceso de Mantenimiento de los Equipos e Instalaciones, incluyendo el Servicio de Informática. El mantenimiento programado de Equipos de MN es realizado por la Casa Suministradora.
- Limpieza de Equipos e Instalaciones.
- Gestión de Residuos sanitarios y de MN.
- Gestión de los dosímetros realizada por Empresa Externa.

### 3.12.3. DOCUMENTOS APLICABLES

Se ha identificado la necesidad de contar con documentos que regulen las siguientes partes del Proceso:

- Comisión de Garantía de Calidad.
- Validación y Citación de Peticiones.
- Preparación y Exploración.
- Realización y Validación.
- Realización Informe Médico.
- Gestión de Residuos.
- Calibración y Mantenimiento de Equipos.
- Enfermería PET Y GAMMAGRAFIAS.
- Terapia con Radionúclidos.
- Realización Pedidos Radioisótopos.
- Control de calidad de Equipos.
- Trabajo Administrativo MN.
- Diversos Protocolos según Técnicas.

### 3.12.4. RECURSOS PRECISOS

Se identifican los siguientes recursos para proporcionar adecuadamente el servicio esperado por el Cliente:

- Gamma cámara Infinia-Hawkeye General Electric.
  - Detector rectangular.
  - Sistema Tomocámara.
  - 3 colimadores (Baja, Media y Alta energías,).
- Cámara PET-CT Discovery ST-16.
  - Sistema 2D.
  - Sistema 3D.
  - Estudios cuerpo entero.
- Ordenadores y Consolas de operaciones (2).
- Sonda de detección gamma Intraoperatoria.
- Impresora reveladora Codonics Horizon.
- Cámara de Flujo Laminar (Faster TWO-30).
- Activímetro Capintec.
- Centrifuga.
- Detectores de contaminación y ambientales.
- Gammateca:
  - Dos Recintos para Almacenamiento y Depósito de Isótopos.
  - Mampara plomada de trabajo.
  - Sistema de control eliminación residuos líquidos.
  - Recipiente residuos sólidos de 200 litros.
  - Recipiente con 8 compartimentos de 5 litros.
  - Dos Recipientes portátiles.
  - Sistema ventilación de Gammateca.

## Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada

- Contenedores plomados (5).
- Fuente de calibración de Co-57 para activímetros.
- Fuente de calibración de Cs-137 para sonda.
- Fuente de pernos de transmisión de Ge-68 para PET-CT.
- Sonda de contaminación.
- Sistema de electrocardiograma de la Gamma cámara GE.
- Sistema de fijación craneal de la Gamma cámara GE.
- Delantal de plomo (2).
- Mampara plomada.
- Monitores de área.
- Nevera para radiofármacos.
- Protectores de jeringas.
- Tiras reactivas de control de calidad de radiofármacos.
- Viales de suero fisiológico.
- Ordenadores Personales (4 unidades).
- Impresora para informes Láser OKI.
- Negatoscopios (2 unidades).
- Camillas (4).
- Pipetas (2) y Tubos de ensayo, Gradillas.
- Jeringas y agujas.
- Guantes.
- Fonendoscopio, estetoscopio.
- Glucometer.
- Mobiliario: Archivadores, Estanterías para historias organización x, Bancada y Sillones, Mesa de oficina (2), Material de Oficina.
- Extintores en salas y pasillos.
- Material Sanitario: Almohadas, Bateas, Pies de gotero (3), Botellas de orina Cuñas, Toma de gases: aire, vacío, oxígeno (3) Empapadores, Mascarillas, Sabanas, Pijamas, Sistema de gotero, Sondos, Sueros...
- Carro de parada de emergencia, Ambú, Carrito de medicación.
- Báscula-tallímetro.
- Sistema informático con aplicaciones ofimáticas, y conexión a Internet, conectado al sistema de la Organización x.
- Contenedores de residuos sanitarios.
- Servicio de Limpieza: el de la Organización x.
- Personal: 3 Médicos Supervisores Instalaciones Radioactivas, 1 Médico sustituciones, 1 Enfermero operador de Instalaciones radioactivas, 1 Enfermero, 1 Administrativa - Recepción.

### 3.12.5. ACTIVIDADES DE VERIFICACIÓN, VALIDACIÓN, SEGUIMIENTO E INSPECCIÓN DEL SERVICIO

Revisiones del Sistema de Garantía de Calidad del Sistema en la Organización.

Revisión y Validación del Paciente

Evaluación y Obtención de Informe Médico.

Controles de Mantenimiento interno y Pruebas Radiológicas periódicas a los Equipos.

Mantenimiento preventivo y correctivo externo, validado por Radiofísico.

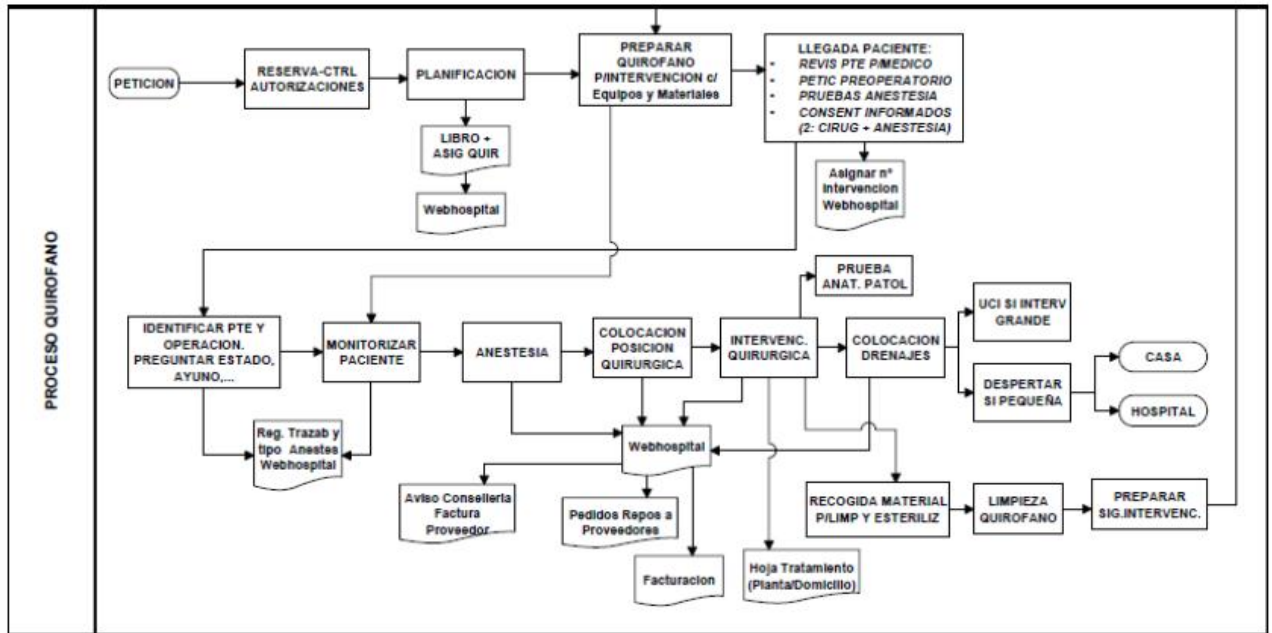
Control del Material por Enfermeros.

### **3.12.6. REGISTROS IDENTIFICADOS**

Como registros identificados se encuentran:

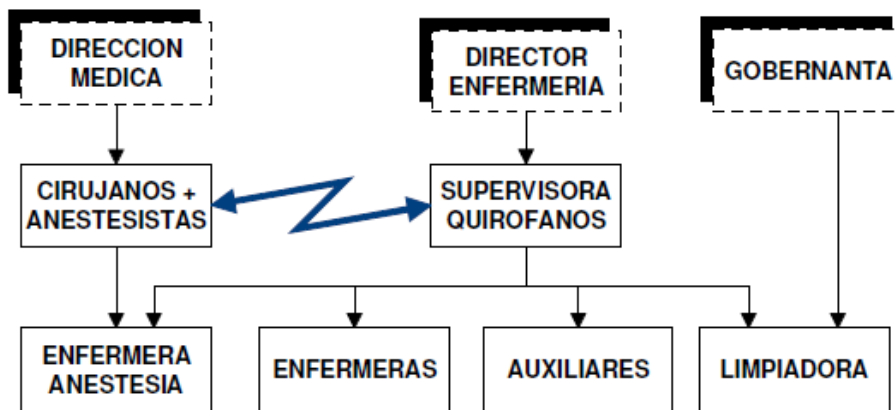
- Acta de las Reuniones de la Comisión de Garantía y Control de Calidad.
- Informe de la Comisión de Garantía y Control de Calidad.
- Carpeta de Historia Organización x.
- Hoja de validación.
- Carpeta de Pruebas.
- Consentimiento informado firmado.
- Agendas de Citaciones.
- Libro de Estudios (Gamma cámara, PET, Tratamientos).
- Imágenes y Registros informáticos.
- Informes Médicos.
- Hoja Registro de Mantenimiento Interno.
- Hoja control de residuos MN.
- Albaranes de Intervención / Hoja de Averías.
- Peticiones a otros Servicios como Cocina, Esterilización, Lencería,...
- Relación de equipos.
- Formulario de verificación y calibración de equipos de medición.
- Informes de No Conformidad, de Acciones Correctivas y Preventivas, de Reclamaciones y quejas.
- Planes de formación, fichas de formación y actas de formación.
- Indicadores del Servicio.

3.13. PROCESO DE QUIROFANOS



En la figura anterior se muestran los principales subprocesos del Proceso de Quirófono, que corresponden a las actividades de valor añadido que lleva a cabo el Servicio.

El Proceso tiene como Propietario a la Coordinadora de Quirófanos del Hospital Organización x. Su organigrama quedaría así:



3.13.0. ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO

Las Entradas al Proceso lo constituyen:

- 1.- Las Reservas de Quirófanos realizadas por Facultativos y Remitentes, con sus autorizaciones.

- 2.- Partes de Ingreso Programado.
- 3.- Agendas WebHospital.
- 4.- Historia Organización x.
- 5.- Los consentimientos Informados.
- 6.- Las Pruebas y diagnósticos solicitados a otros Servicios.
- 7.- Instalaciones, materiales y Productos.
- 8.- Protocolos de Actuación, según técnicas.

Las salidas del Proceso son las siguientes:

- 1.- Pacientes operados, para su seguimiento.
- 2.- Historia Organización x con todos sus Registros de trazabilidad.
- 3.- Informes Preoperatorio.
- 4.- Grafica de Anestesia.
- 5.- Hojas Operatoria de Intervención.
- 6.- Hoja de Tratamiento.
- 7.- Peticiones de Material.

### **3.13.1. REQUISITOS Y OBJETIVOS DEL PROCESO**

El principal objetivo del Proceso es el de realizar tratamientos quirúrgicos a los Pacientes en condiciones de control y seguridad estricta.

Los requisitos primordiales que gobiernan el proceso son:

- Cumplimiento de la Legalidad Vigente.
- Peticiones realizadas por los Servicios de la Organización X, o referentes Externos.
- Sistemas de gestión de trazabilidad.
- Minimización de costes y gastos.

### **3.13.2. PROCESOS DE SOPORTE Y APOYO**

A fin de lograr un funcionamiento eficiente de estos Procesos de Valor Añadido, se han identificado los siguientes procesos de Soporte que cuentan con el soporte de Organización X:

- Procesos Administrativo-Financieros.
- Proceso de Compras, realizado por Farmacia en cuanto a medicamentos y consumibles y por Compras generales en cuanto a equipos.
- Servicio de Esterilización.
- Proceso de Mantenimiento de los Equipos e Instalaciones, incluyendo el Servicio de Informática.
- Limpieza de Equipos e Instalaciones.
- Control ambiental de esterilidad.
- Gestión de Residuos sanitarios.
- Servicio de Análisis de Laboratorio.



- Servicio de Anatomía Patológica.
- Servicio de UCI.

### 3.13.3. DOCUMENTOS APLICABLES

Se ha identificado la necesidad de contar con documentos que regulen las siguientes partes del Proceso:

- Proceso de Planificación de Quirófanos.
- Preparación del Quirófano.
- Preparación del Paciente.
- Actuación Quirúrgica.
- Actuación Pos-quirúrgica.
- Limpieza, Desinfección y Control de Residuos.
- Control de la Esterilización Quirófanos.
- Calibración y Mantenimiento de Equipos.
- Aprovisionamiento y control de depósitos.
- Control de la medicación.
- Trabajos administrativos.

### 3.13.4. RECURSOS PRECISOS

Se identifican los siguientes recursos para proporcionar adecuadamente el servicio esperado por el Cliente:

- Salas Quirófano (4).
- Instrumental quirúrgico.
- Ordenadores y Consolas de operaciones.
- Equipamiento de Medida y Control.
- Material Fungible sanitario, según necesidades.
- Nevera para medicamentos.
- Impresoras para informes Láser.
- Negatoscopios (x unidades).
- Camillas (4).
- Pipetas (2) y Tubos de ensayo, Gradillas.
- Jeringas y agujas.
- Guantes.
- Mobiliario.
- Extintores en salas y pasillos.
- Carro de parada de emergencia, Ambú, Carrito de medicación.
- Báscula-tallímetro.
- Sistema informático con aplicaciones ofimáticas, y conexión a Internet, conectado al sistema de la Organización x (4 estaciones).
- Contenedores de residuos sanitarios.
- Servicio de Limpieza: el de la Organización x.

- Personal: Médicos Cirujanos, Médicos anestesiastas, 1 Coordinadora Quirófanos, Enfermeros – DUE, Auxiliares, Limpiadora,...

### **3.13.5. ACTIVIDADES DE VERIFICACIÓN, VALIDACIÓN, SEGUIMIENTO E INSPECCIÓN DEL SERVICIO**

Revisiones del Sistema de Garantía de Calidad del Sistema en la Organización.

Revisión y Validación del Paciente.

Controles de parámetros vitales durante la intervención.

Evaluación y Obtención de Informe Médico.

Controles de Mantenimiento interno.

Verificación periódica de la Calidad ambiental.

Mantenimiento preventivo y correctivo externo.

Control del Material por Enfermeros.

### **3.13.6. REGISTROS IDENTIFICADOS**

Como registros identificados se dan los siguientes:

- Tabla de Asignaciones de Quirófanos.
- Hoja de Reserva de Quirófano.
- Ingreso programado.
- Parte de Quirófano.
- Informe Preoperatorio.
- Grafica de Anestesia.
- Hoja de Notificación de Implante de Prótesis.
- Hoja Operatoria de Intervención.
- Hoja de Protocolos.
- Hoja de Tratamiento.
- Petición de material AVS.
- Carpeta de Historia Organización x.
- Consentimiento informado firmado.
- Informes Médicos.
- Hoja Registro de Mantenimiento Interno.
- Relación de equipos.
- Formulario de verificación y calibración de equipos de medición.
- Informes de No Conformidad, de Acciones Correctivas y Preventivas, de Reclamaciones y quejas.
- Planes de formación, fichas de formación y actas de formación.

## **Implantación y desarrollo del Modelo EFQM en una clínica privada**

- Indicadores del Servicio.
- Hoja de petición de psicótrapos.
- Vale de reposición de estupefacientes.
- Control de nevera.
- Control caducidades.
- Informe de Control de Superficies.
- Registro de Toma de muestras.